

Année 1906

THÈSE

N<sup>o</sup>

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1906, à 1 heure*

Par SALVA MERCADÉ

Né à Montevideo (Uruguay), le 26 mai 1875

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

Médaille d'or de chirurgie (1905)

Ancien aide d'anatomie à la Faculté

## KYSTES & ABCÈS DE L'UTÉRUS

*Président : M. TERRIER, professeur.*

*Juges : MM. RECLUS, professeur.*

MAUCLAIRE, } *agregés.*  
GOSSET,

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

**Doyen** ..... M. DEBOVE.

**Professeurs** ..... MM.

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                      | POIRIER.       |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHER.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | R. BLANCHARD.  |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD       |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
|                                                                    | BRISSAUD.      |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils.....                                       | SEGOND.        |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | POUCHET.       |
| Thérapeutique.....                                                 | GILBERT.       |
| Hygiène.....                                                       | CHANTEMESSE.   |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | DEJERINE.      |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | ROGER.         |
|                                                                    | LANDOUZY.      |
| Clinique médicale.....                                             | HAYEM.         |
|                                                                    | DIEULAFOY.     |
|                                                                    | DEBOVE.        |
|                                                                    | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | GAUCHER.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | LE DENTU.      |
|                                                                    | TERRIER.       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | BERGER.        |
|                                                                    | RECLUS.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | PINARD.        |
| Clinique gynécologique.....                                        | BUDIN.         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | POZZI.         |
| Clinique thérapeutique.....                                        | KIRMISSON.     |
|                                                                    | ROBIN          |

## Agrégés en exercice.

| MM.            | MM         | MM.        | MM.                        |
|----------------|------------|------------|----------------------------|
| AUVRAY.        | DESGREZ.   | LAUNOIS.   | POTOCKI.                   |
| BALTHAZARD.    | DUPRE.     | LEGRY.     | PROUST.                    |
| BRANCA.        | DUVAL.     | LEGUEU.    | RÉNON.                     |
| BRINDEAU.      | FAURE.     | LEPAGE.    | RICHAUD.                   |
| BEZANÇON.      | GOSSET.    | MACAIGNE.  | RIEFFEL. <i>Chef des</i>   |
| BROCA (ANDRÉ). | GOUGET.    | MAILLARD.  | <i>travaux anatomiques</i> |
| CARNOT.        | GUIART.    | MARION.    | TEISSIER.                  |
| CLAUDE.        | JEANSELME. | MAUCLAIRE. | THIROLOIX.                 |
| CUNÉO.         | LABBÉ.     | MÉRY.      | VAQUEZ.                    |
| DEMELIN.       | LANGLOIS.  | MORESTIN.  | WALLICH.                   |

*Secrétaire de la Faculté*: M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRÈS VÉNÉRÉS MAÎTRES

M. LE DOCTEUR RICHELOT

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

M. LE PROFESSEUR BERGER

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

MM. LES DOCTEURS LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, CHAPUT, RICARD,  
BEURNIER, MORESTIN, VILLEMIN, MAUCLAIRE, GOSSET,  
MARION, DUJARIER.

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

M. le P<sup>r</sup> DIEULAFOY, MM. LES DOCTEURS DUGUET, TROISIER,  
FLORAND, GOURAUD.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE

MM. LES DOCTEURS RIEFFEL, OMBREDANNE, LABEY, LECENE,  
LENORMANT.

A MES MAÎTRES EN PHYSIOLOGIE

M. LE PROFESSEUR RICHET ET M. LE DOCTEUR LANGLOIS

A M. LE DOCTEUR PÉRIER

A MM. LES DOCTEURS AVIRAGNET, ROCHARD, DE MASSARY.

## INTRODUCTION

Les kystes et les abcès de l'utérus semblent avoir jusqu'à ces dernières années intéressé bien peu les gynécologistes. C'est en vain qu'on en cherche des descriptions dans les traités classiques les plus récents où ils ne sont l'objet que de quelques notes isolées. Legueu affirme même qu'« il est impossible d'essayer une description des kystes de l'utérus ». Tous les cas observés, dit-il rentrent dans la catégorie, des myomes transformés. Il est vrai que les observations éparses dans la littérature sont rares et signalées comme des curiosités ; leur intérêt a pu paraître un peu relatif. Mais c'est certainement faute d'étude que leur histoire est restée ignorée et n'a pu trouver place dans la gynécologie moderne. Pour un esprit prévenu, l'autopsie pourra certes en révéler de nouveaux exemples dont l'anatomie pathologique relèvera l'intérêt.

Il en sera pour ces kystes et ces abcès, comme pour les kystes en général. A mesure qu'on les examinera mieux, on les connaîtra d'avantage et leur histoire ne sera définitivement établie que du jour où l'on possédera un nombre suffisant d'observations bien analysées et de pièces soigneusement examinées.

L'examen histologique en faisant connaître la nature et la constitution de la paroi permettra de les classer et de reconnaître leur véritable origine et peut-être leur histoire clinique qui jusqu'à présent a pu paraître bien ingrate en sera un peu mieux éclairée pour permettre d'affirmer un diagnostic qui jusqu'ici n'a pu être posé que dans la salle d'opération, sur la table d'autopsie ou sous le champ d'un microscope.

L'idée de ce travail nous a été suggérée par le cas d'une malade que nous avons été appelé à soigner dès nos premiers mois d'internat alors que nous étions l'interne de M. Richelot. Cette malade présentait une collection purulente dans l'utérus ; la rareté du fait nous poussa à

rechercher dans la littérature les observations analogues. Convaincu que bien des cas semblables devaient passer inaperçus nous avons sectionné de parti pris à l'amphithéâtre tous les utérus qu'il nous était donné d'examiner.

C'est en vain que pendant notre seconde année d'internat à l'hôpital des Enfants-Malades nous avons recherché des documents nouveaux. Tous les utérus de petites filles que nous avons autopsiées étaient sains. Cependant l'idée nous vint que l'histoire des abcès de l'utérus pouvait être dans certains cas liée à celle des kystes de cet organe. Aussi depuis lors nous avons élargi le champ de nos recherches et nous avons eu la bonne fortune, étant l'interne de M. le professeur Terrier, de trouver deux kystes utérins dans des pièces enlevées par l'hystérectomie abdominale.

Nous résolûmes alors de réunir l'étude de ces deux affections utérines, pensant que parfois le développement d'abcès localisés et nettement circonscrits dans l'utérus, devait être en partie lié à la formation antérieure de kystes utérins.

Nous ferons donc d'abord l'étude la plus complète possible des kystes de l'utérus, réunissant toutes les observations que nos recherches bibliographiques poursuivies pendant notre internat, nous ont permis de recueillir. Nous essaierons de les classer suivant les données anatomo-pathologiques qu'elles nous auront fournies, pensant qu'à l'heure actuelle toute autre classification serait illusoire. Dans toutes les observations que nous avons analysées c'est cette étude qui laisse le plus à désirer ; aussi est-ce avec quelques faits seulement que nous entreprendrons cette étude qui ne sera qu'un préliminaire à une étude plus approfondie et plus solide que l'accumulation de faits nouveaux pourra seule permettre d'établir.

L'étude des abcès de l'utérus ne semble pas à l'heure actuelle beaucoup plus claire. Parmi les observations publiées bien peu résistent à l'analyse et nous verrons dans le courant de ce travail combien elles gagneraient à être plus précises et mieux étudiées. Ici encore de nouveaux faits sont nécessaires pour éclairer leur histoire.

L'étude de certains kystes et abcès de l'utérus, l'anatomie pathologique et leur pathogénie sembleraient bien obscures, si nous ne

---

faisons une place au début de ce travail au développement de l'organe de la conception. Aussi croyons-nous utile de rappeler dans un premier chapitre le développement de l'utérus non seulement dans sa période fœtale, mais encore dans la période génitale de la femme.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## LIVRE PREMIER

### EMBRYOLOGIE

---

#### CHAPITRE PREMIER

##### Développement des canaux de Wolff et de Müller.

Le développement de l'utérus aux dépens des canaux de Müller est une notion embryologique élémentaire. Mais si tout le monde est d'accord pour considérer la matrice comme un dérivé müllerien il n'en est pas de même quand il s'agit d'expliquer l'origine même du canal de Müller. Doit-on admettre avec Bornhaupt, Waldeyer, Mihalkovicz, Janosik, Nagel, etc. que l'épithélium germinatif externe préside seul aux destinées du canal de Müller, sans que le canal de Wolff lui prête aucun secours ? Doit-on au contraire penser avec Balfour, Minot, Tourneux, Klein et Groschuff, que le canal de Müller est un simple dérivé du canal de Wolff ?

Dans le premier cas le canal de Müller se formerait par invagination aux dépens de l'épithélium germinatif externe, de la même façon, dit M. Rieffel, que le tube neural s'isole de l'ectoderme. Mais ce processus ne s'étend pas jusqu'à l'extrémité caudale de l'embryon et l'on admet actuellement que le segment distal de l'organe se constitue « par prolifération de la pointe solide de l'infundibulum müllerien ».

Dans le deuxième cas, l'origine paraît plus complexe ; le canal de Müller se formerait par dédoublement pour ainsi dire du canal de Wolff primitif. Celui-ci s'étrangle pour former deux tubes, l'un dorsal (canal de Wolff), l'autre ventral (canal de Müller). Le canal

de Müller s'isole alors complètement pour s'ouvrir plus tard dans le canal uro-génital.

Dans la première hypothèse, le canal de Müller doit être uniquement tapissé de cellules dérivées de l'épithélium germinatif externe, c'est-à-dire des cellules longues et cylindriques,

Dans la deuxième, ce seront les cellules du canal de Wolff c'est-à-dire encore de cellules cylindriques.

A la vérité le canal de Müller est tapissé sur sa face interne par un épithélium cylindrique. Cordon plein à l'origine, il se creuse secondairement d'une lumière pour constituer en définitive un véritable conduit.

Quant au canal de Wolff lui-même son origine blastodermique, est encore discutée.

His autrefois, Waldeyer, pensaient que le canal de Wolff n'était d'abord qu'une involution ectodermique dans le feuillet moyen.

Aujourd'hui His admet avec Remak et Kolliker que le canal de Wolff naît du feuillet moyen et qu'il apparaît sous la forme d'un cylindre plein se transformant ensuite en cylindre creux par suite de la disposition radiée que prennent les cellules.

Pour Mathias Duval et Romiti le canal de Wolff dérive de la partie génito-urinaire de la cavité coelomatique.

Pour Ch. Robin enfin il se développerait de bas en haut aux dépens d'une involution cloacale.

## CHAPITRE II

### Formation de l'utérus. — Destinée des canaux de Müller et de Wolff.

Sans entrer dans le détail du développement complet des canaux de Müller et de Wolff nous ne retiendrons que ce qui a trait à l'organe qui nous occupe. Ces deux canaux ont un long trajet à parcourir depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. Ils affectent partout des rapports du plus haut intérêt, mais dont l'étude ne rentrerait pas dans le cadre de ce travail. Seuls les segments moyens intéressent notre sujet tant par leur évolution propre que par les rapports très intimes qu'ils affectent entre eux.

Le canal de Müller dans son premier segment constitue de chaque côté la trompe de Fallope : nous n'avons pas à suivre l'évolution de ce premier segment qui d'abord vertical, devient oblique, puis transversal pour se diriger vers le centre du bassin.

A partir du point où ce canal croise le ligament inguinal, gubernaculum de Hunter ou encore ligament inférieur du corps de Wolff, commence le deuxième segment qui va donner naissance à l'utérus. Les deux canaux se rapprochent de plus en plus, laissent d'abord entre eux une petite fente (fig. 1), qui disparaît bientôt quand par les progrès du développement les deux canaux se fusionnent sur la ligne médiane pour constituer le canal utéro-vaginal, encore désigné sous le nom de canal de Leuekart. Peu importe que le processus de fusion débute à la partie supérieure comme l'admettent Kollmann et Wiedersehheim ou à son extrémité inférieure comme le prétend Langerbacher ou même au milieu du cordon génital (Kolliker, Hertwig), le fait à retenir est qu'à la douzième semaine d'après Nagel le processus est terminé et le canal utéro-vaginal constitué.

La partie supérieure de ce segment est cependant encore nettement différenciée. Jusqu'au 7<sup>e</sup> mois elle constitue une corne de chaque côté

au sommet du canal utéro-vaginal et ce n'est que vers le 4<sup>e</sup> mois que, d'après Tourneux, le fond de l'utérus se constitue d'une façon définitive par rapprochement et accolement progressif des cornes. La limite inférieure de l'utérus c'est-à-dire le point où le canal de Leuckart se différencie en utérus et vagin n'est définitivement établie qu'au 5<sup>e</sup> mois d'après Landau et Abel. L'épithélium qui tapisse le canal utéro-vaginal d'abord cylindrique, très élevé, comme nous l'avons vu tout le long du canal de Müller, se différencie dans la moitié inférieure tandis que dans la moitié supérieure du canal il conserve ses caractères primitifs. Le premier segment va devenir l'utérus, le deuxième le vagin par transformation de l'épithélium cylindrique en

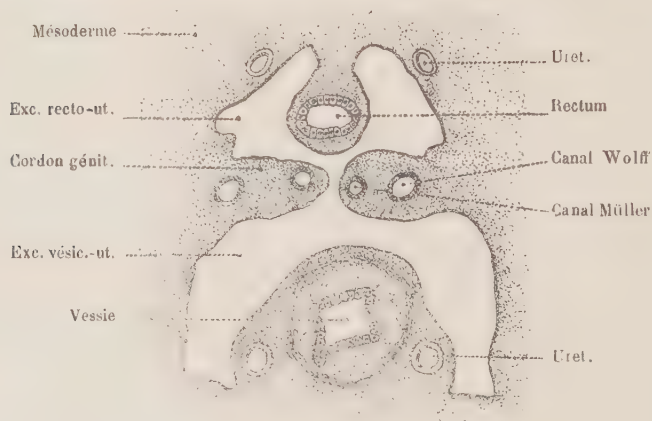


FIG. 1. — Coupe transversale du bassin d'un embryon humain de la neuvième semaine (KOLLMANN).

un épithélium pavimenteux stratifié. Dans le premier segment il se forme une fente qui deviendra la cavité utérine ; le deuxième segment persiste au contraire sous forme d'un canal plein qui vers le 4<sup>e</sup> mois envoie dans le tissu mésodermique environnant deux bourgeons, l'un antérieur (futur cul-de-sac antérieur) délimitant la lèvre antérieure du col, l'autre postérieur (futur cul-de-sac postérieur) qui participe à la formation de la lèvre postérieure du col.

En résumé l'utérus se forme par accolement et fusion de la partie des deux canaux de Müller qui s'étend du point où ce canal croise

le ligament inguinal jusqu'aux prolongements de la partie pleine du canal de Leuckart, c'est-à-dire jusqu'à la lame épithéliale du vagin de Tourneux.

Quant au canal de Wolff son existence n'est que transitoire chez la femme. Il semble disparaître complètement, n'ayant plus aucun rôle à remplir, une fois le rein constitué. Néanmoins durant les premiers mois de la vie embryonnaire ses rapports sont si intimes avec le canal de Müller qu'ils semblent dès ce moment avoir contracté un lien indissoluble que nous retrouverons dans le cours du développement des organes génitaux.

Situés dès l'origine l'un au devant de l'autre, dans un même repli du mésonéphros, ils restent accolés, non sans cependant présenter des changements de rapport qu'il nous reste maintenant à envisager. Mais dans leur ensemble ils semblent avoir une destinée commune, affectant des rapports tellement étroits qu'ils arrivent à être plus ou moins confondus chez l'adulte.

D'abord situé au devant et légèrement en dehors du canal de Wolff, le canal de Müller le croise bientôt en passant au devant de lui au niveau de l'extrémité inférieure du corps de Wolff pour se placer ensuite en dedans de lui. Le point où se fait ce croisement correspond au point où le canal de Müller croise le ligament inguinal.

On admet généralement depuis les recherches de Wieger, de Durand, de Blumberg et Heymann, que les canaux de Wolff et de Müller passent au devant du ligament inguinal; le ligament inguinal « est surcroisé par eux et ne les surcroise en aucune façon » affirme M. Rieffel.

A partir de ce point canal de Wolff et canal de Müller quittent le mésonéphros, descendent au centre du bassin, parallèlement, en un cordon unique, le cordon uro-génital. Le canal de Wolff est placé au côté antéro-externe du canal de Müller déjà fusionné avec son homologue de l'autre côté (fig. 2).

Bientôt cependant les canaux de Wolff vont s'atrophier; n'ayant plus aucun rôle à remplir chez la femme ils disparaissent plus ou moins rapidement. Wendeler les figure encore nettement reconnaissables sur un embryon femelle de la deuxième moitié du

3<sup>e</sup> mois. Mais on les voit déjà sur cette figure se confondre avec la paroi de l'utérus. Sur un autre embryon humain du début du 4<sup>e</sup> mois représenté par Wendeler, on peut encore reconnaître le canal de Wolff. Mais en définitive ce dernier semble disparaître et se confondre avec l'utérus, si bien que le ligament inguinal qui s'insérait primitivement sur lui, semble s'attacher, quand les canaux de Wolff ont disparu, aux canaux de Müller fusionnés c'est-à-dire à l'utérus.

Tout le long du bord latéral de l'utérus définitivement constitué descendent les canaux de Wolff. Leur trajet, impossible à suivre chez l'adulte où on ne le retrouve que sous forme de vestiges, est néanmoins très important à connaître pour le sujet qui nous intéresse. Malpighi l'avait déjà décrit chez la vache en 1681. Gartner le décrivit chez la truie et eut l'honneur de lui donner son nom en 1822.

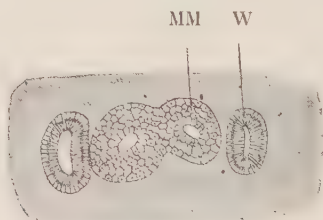


FIG. 2.— Coupe transversale du cordon génital (HERTWIG d'après  
TOURNEUX et LEGAY).

MM, canaux de Müller fusionnés. — W, canal de Wolff.

Depuis, ce canal a été l'objet de nombreuses études qui tendent à en préciser le trajet. En 1830 de Jacobson le décrit sur la paroi latérale de l'utérus, ayant une forme cylindrique et spiralée. Finalement, dit-il, il va se perdre, près des trompes, dans les ovaires, après avoir donné une branche antérieure qui se dirige en avant.

Pour Kobelt (1847) ce canal disparaît vers le 4<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine, subissant une régression sur toute sa longueur et disparaissant dans son extrémité inférieure sans laisser de traces.

D'après Kölliker, chez l'embryon de sept mois les canaux de Wolff sont situés dans les couches superficielles de la paroi utérine, à côté et un peu en avant sous forme de petits canaux épithéliaux.

D'après Merkel, il descend tantôt un peu en avant, tantôt un peu en arrière des bords de l'utérus, entre les vaisseaux qui pénètrent et quittent cet organe et s'enfonce plus ou moins rapidement dans le myométrium.

Beigel admet qu'il pénètre dans l'utérus vers le fond de cet organe, Dohrn et Kossmann au niveau de l'isthme. Pour Maudach ce serait entre le fond et l'isthme. Quoi qu'il en soit nous admettrons que le canal de Wolff atrophié, devenu canal de Malpighi-Gartner, se fusionne plus ou moins avec l'utérus sur ses parties latérales et que suivant les sujets cette fusion est plus ou moins intime et plus ou moins étendue.

Au niveau de la portion sus-vaginale du col le canal présenterait une ampoule ou dilatation de laquelle se détacheraient des diverticules qui ont été décrits par Meyer, Gebhard et Maudach et qui s'enfonceraient dans le parenchyme utérin. Nous en verrons plus tard l'importance.

A partir du col utérin le canal de Wolff, maintenant canal de Gartner, glisse sur les parois antéro-latérales du vagin pour s'ouvrir près du méat urinaire à l'extrémité antérieure du vagin. Nous n'avons pas à le suivre, car sa persistance partielle ou totale n'intéresse que la pathogénie des kystes du vagin.

### CHAPITRE III

#### Vestiges et débris embryonnaires.

Que reste-t-il chez l'adulte de ces deux canaux dont l'évolution paraît si intime ?

Le canal de Müller a donné naissance à l'utérus, nous savons comment ; mais son évolution peut n'être pas toujours normale ; des anomalies peuvent se produire pour donner naissance à des malformations congénitales ou à des altérations pathologiques en puissance. Les premières ne nous intéresseront pas ; elles ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet. Il n'en est pas de même des secondes.

Au moment où se fait la fusion des canaux de Müller, des cellules épithéliales peuvent par une aberration de développement se trouver incluses dans ce qui sera plus tard le parenchyme utérin. Il en résultera au sein même des éléments mésodermiques un dépôt de cellules épithéliales prêtes à évoluer dans un sens pathologique, à un moment donné de l'existence génitale de la femme, pour donner lieu aux kystes dits müllériens.

Le canal de Wolff dans son segment utérin peut persister, nous l'avons vu, mais presque jamais dans sa totalité. Si on le retrouve c'est sous forme de fragments, tantôt pleins, tantôt creux, tapissés d'un épithélium cylindrique ou cubique, dépourvu de cils vibratiles. Tout autour on trouve des fibres musculaires disposées en une, deux ou trois couches suivant les auteurs.

C'est à Rieder et à Maudach que nous devons les connaissances récentes sur les vestiges de ce canal.

Etudiant des utérus de nouveau-nés, Rieder a trouvé sur 40 cas 8 fois le canal de Wolff perméable, et 7 fois sous forme de cordon musculaire plein. Maudach sur 80 utérus l'a trouvé 32 fois perméable et 14 fois plein.

Dohrn, Rieder et Maudach ont également remarqué que c'est à droite que la lumière persistait le plus souvent et Dohrn donne comme raison de l'oblitération plus rapide du côté gauche la compression latérale par le rectum.

Dans tous les cas qu'il a observés Maudach a retrouvé ces vestiges du côté droit 32 fois sous forme de canal perméable, 19 fois sous forme de cordon plein ; dans 31 cas ils existaient aussi à gauche ;



FIG. 3. — Faisceau musculaire semi-lunaire au niveau du col représentant le canal de Wolff ; à gauche la lumière du col. Petite fille de 4 ans 1/2 (d'après MAUDACH)

mais 12 fois seulement sous forme de canal vrai. Il en résulte que du côté gauche le canal semble s'oblitérer plus tôt.

Nous avons vu leur trajet impossible à suivre chez l'adulte et leur point de pénétration dans le parenchyme utérin variable suivant les auteurs. Tout ce qu'on est en droit d'affirmer, c'est qu'ils peuvent se trouver tout le long de la paroi latérale de l'utérus, souvent au niveau des cornes, quelquefois sur les bords latéraux, rarement au niveau du col.

D'après Rieder, au niveau de l'isthme, il se place en dedans des gros vaisseaux et descend suivant un trajet sinueux de haut en bas et de dehors en dedans, se dirigeant en même temps en avant, accompagné de quelques petits vaisseaux.

Maudach a retrouvé le canal de Wolff le plus souvent dans la partie inférieure du corps et la partie supérieure du col, souvent aussi dans le corps mais rarement dans le col seulement.

Dans 15 cas où il ne l'a trouvé que dans le corps, la lumière du

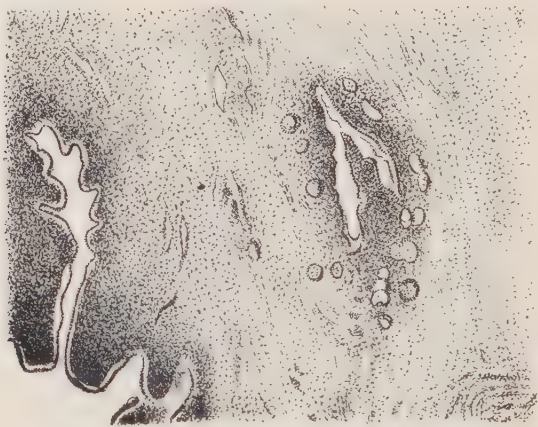


FIG. 4. — Le canal de Wolff dans le col présentant sa lumière allongée et tout autour de nombreux diverticules. — Le canal cervical est visible sur le côté gauche (d'après MAUDACH).

canal manquait deux fois. Dans 10 cas où il n'existait qu'au niveau du col, la lumière manquait 6 fois. Et dans les cas où il l'a retrouvé dans le corps et le col, c'est au niveau du corps que la lumière existait le plus souvent et avec le plus de netteté.

D'après Rieder la forme de la lumière du canal change sur tout son trajet. En dehors de l'utérus, elle est arrondie présentant cependant des replis ; dans l'utérus elle est plutôt en forme de fente allongée, émettant de chaque côté des canalicules remplis de cellules épithéliales, dépourvus de lumière par conséquent et que Rieder compare aux vésicules séminales.

Ces débris sont des groupements épithéliaux tantôt pleins, tantôt

pourvus à leur centre d'une cavité, vestige de l'ancienne lumière du canal de Wolff.

L'épithélium du canal de Wolff est en général bien conservé.

D'après Rieder l'épithélium du canal de Wolff est d'abord disposé en deux couches et se trouve remplacé plus tard par un épithélium à une seule couche. Il a trouvé un épithélium à deux couches chez deux nouveau-nées et une petite fille de 1 an 1/2, tandis que celui-ci n'avait qu'une seule couche chez des sujets de 25 et 60 ans.

Maudach n'a trouvé qu'un épithélium à une seule couche dans toute l'étendue du canal. Les cellules, dit-il, sont cylindriques ou plutôt coniques. Le protoplasma est pâle, granuleux, se colorant par l'éosine ; le noyau est ovalaire, 3 ou 4 fois plus long que large, clair, contenant des grains chromatiques et un nucléole. Il siège au milieu de la cellule dont il occupe les deux tiers, tantôt près de la base, tantôt près de la lumière. Il peut également se placer en travers dans les cellules ; quelquefois il se présente sous forme d'ampoule. Maudach n'a pas trouvé non plus de cils vibratiles : la surface libre des cellules, dit-il, est toujours lisse.

On peut trouver par places, dit-il, dans la lumière du canal des amas hyalins qui en diminuent le calibre. Au-dessous, toujours d'après Maudach, se trouve une couche de tissu fibreux qui, au niveau du corps, est 2 ou 3 fois plus épaisse que l'épithélium et dans le col 5 fois plus. Elle se compose de fibrilles fines, ondulées, serrées, entre lesquelles sont des noyaux relativement petits.

Tout autour on trouve enfin la couche musculaire qui pour Rieder et Maudach comprend trois assises de fibres lisses, deux longitudinales et une circulaire intermédiaire.

Quand, à côté du canal de Wolff, il existe des diverticules nombreux que Rieder compare aux vésicules séminales, cette couche musculaire ne se distingue pas bien des faisceaux propres du col. Mais si ces diverticules sont petits, ou font défaut, la musculature du canal de Wolff est très nettement visible et se distingue très facilement de la musculature du col par une coloration plus sombre ; en outre les fibres musculaires longitudinales se groupent au nombre de 10, 15 et

même plus pour former des faisceaux séparés les uns des autres par des travées fibreuses.

Ces faisceaux musculaires existent autour du canal de Wolff et quand la lumière manque ils sont très nettement apparents dans le parenchyme environnant. En outre entre les faisceaux musculaires dans les travées, on trouve çà et là de petites fissures tapissées d'endothélium. Ce faisceau musculaire présente la même direction, le même trajet et les mêmes rapports que le canal de Wolff, ce qui prouve bien qu'il dépend de lui.

Telle est la description que donne Maudach des faisceaux musculaires propres du canal de Wolff.

Quant aux diverticules du canal de Wolff, Maudach les a trouvés dans la moitié des cas ; leur degré de développement est très variable, dit-il : dans quelques cas ce sont de petites dépressions latérales du canal, dans d'autres, il existe dans la musculature du col un vaste champ ovalaire rempli de segments glandulaires ou d'amas de cellules épithéliales. Le nombre des diverticules peut dépasser vingt. Et comme nous l'avons vu, plus ces diverticules sont nombreux, moins la musculature est développée. Leur forme est également très variable, et à côté de diverticules du diamètre d'un tube urinaire, on en trouve de  $\frac{3}{4}$  de millimètre de diamètre.

Quant à leur épithélium il est cylindrique, à protoplasma granuleux se colorant par l'éosine ; les noyaux sont le plus souvent de forme ovale.

La présence de ces diverticules dans la partie supérieure du canal de Wolff, au niveau des cornes utérines n'a pas encore été démontrée. Mais nous savons qu'il existe entre les deux feuillets du ligament large, à une distance variable de la corne utérine, des débris fœtaux du corps de Wolff et qu'à côté d'eux Beigel, Klein ont signalé la présence de petits diverticules du canal de Wolff. D'après Tourneux un épithélium cylindrique vibratile les tapisse. Ces débris fœtaux et ces diverticules peuvent atteindre le tissu utérin et le pénétrer comme le canal de Wolff lui-même.

Dans les préparations de nos pièces que nous devons à l'obligeance

de notre collègue et ami Lecène, prosecteur à la Faculté, nous trouvons aussi au niveau des cornes des débris épithéliaux juxta-tubaires nombreux, disséminés dans l'épaisseur du muscle utérin et constitués par de petits tubes pelotonnés à épithélium cylindrique cilié.

Il en résulte qu'à l'état adulte l'utérus de la femme peut présenter tout le long de son bord latéral des débris embryonnaires du canal de Wolff lui-même ou de ses diverticules, que ceux-ci ont été notés de préférence dans la portion sus-vaginale du col, mais que nous avons trouvés aussi au niveau des cornes et qu'à côté de ces débris wolffiens au centre même du parenchyme utérin peuvent exister d'autres débris plus rares qui dérivent d'une anomalie de développement du canal de Müller. Les premiers sont des débris wolffiens, les seconds des débris müllériens.



## LIVRE II

### KYSTES DE L'UTÉRUS

---

#### CHAPITRE PREMIER

##### Historique et classification.

Il existe deux ordres de formations kystiques possibles dans l'utérus. Les unes sont fréquentes et se présentent comme complications ou dégénérescences de tumeurs primitives, telles que fibromes, sarcomes, ce sont les tumeurs fibro-kystiques dans lesquelles le kyste ne se présente que comme un élément surajouté et secondaire. Les autres où le kyste se présente comme une entité morbide isolée, évoluant pour son propre compte, pouvant coïncider avec d'autres lésions pathologiques de l'appareil génital, mais pouvant aussi se présenter comme phénomène unique en dehors de toute affection utérine. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Dans une première période où de nombreux faits cliniques sont publiés leur existence semble indubitable. Les observations de Bouvier (1), d'Atlée (2), ne permettent guère de les mettre en doute. Mais à cette période il semble encore impossible d'en déterminer la nature. L'anatomie pathologique n'était pas encore née et toutes les observations ne sont que des faits isolés sans précision scientifique

(1) BOUVIER, Kyste interstitiel de l'utérus, *Bull. de l'Acad. roy. de médecine*, t. IV, 1839-40, p. 598.

(2) ATLÉE, Volumineux kyste de l'utérus, *American Journal of the Medical Sciences*, t. XIX, 1843.

aucune. Ce sont des observations curieuses pour l'époque, mais desquelles on ne peut tirer aucune déduction car l'élément essentiel, l'examen histologique, fait défaut ; les auteurs émettent des suppositions à leur sujet mais ne précisent rien.

En 1847 paraît le mémoire de P.-C. Huguier sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin. « Nous désignons sous le nom de kystes de la matrice, dit Huguier, de simples poches membraneuses, closes, uniloculaires, pédiculées ou sessiles, développées dans l'épaisseur de la substance utérine, ou bien sur l'une des surfaces, sous la membrane muqueuse ou la membrane séreuse qui la tapissent, renfermant du mucus ou de la sérosité, ayant pour siège essentiel le tissu cellulaire sous-séreux, ou les follicules muqueux de l'utérus. » Il n'est pas possible d'affirmer davantage l'existence des kystes utérins et de préciser leur localisation sous-séreuse, interstitielle ou sous-muqueuse. Cette classification basée sur le siège pouvait paraître suffisante en 1847, elle nous paraît inadmissible actuellement, car la situation du kyste ne présume en rien de sa nature. La classification de Huguier en kystes muqueux et kystes séreux a toutefois le mérite d'être basée sur l'observation et n'en constitue pas moins un premier document dans l'histoire des kystes de l'utérus.

Sept ans plus tard L. A. Ferrier signale l'existence de kystes de la muqueuse du corps de la matrice et en donne une description avec cinq observations à l'appui.

En 1857 apparaît la thèse de Grenot sur les kystes folliculaires de l'utérus.

Demarquay, en 1876, rapporte un cas de tumeur kystique qu'il figure dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus*.

En 1880, Lebec, dans sa thèse sur « Les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus », attache également une grande importance à leur siège. S'il ne parle pas des kystes muqueux signalés par Huguier il établit une distinction très nette entre les kystes sous-péritonéaux, généralement multiples, siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et même jusque dans les ligaments larges, quelque-

fois si petits qu'ils peuvent passer inaperçus et les kystes vrais, développés dans l'épaisseur des parois utérines, mais principalement dans le fond. Ces kystes, dit-il, ont l'air de petites loges creusées dans l'épaisseur de la paroi utérine.

L'étude des kystes utérins semble alors entrer dans une phase nouvelle. C'est la période de négation.

Perret en 1898, s'appuyant sur l'opinion de Legueu, prétend que « les kystes séreux simples de l'utérus n'existent pas en tant que tumeur primitive et distincte ».

Druon dans sa thèse en 1899, nie leur existence. « Quant aux kystes de l'utérus, dit-il, décrits autrefois comme des productions en quelque sorte essentielles, ayant une évolution propre et indépendante de tout processus néoplasique, ils ne sont plus admis à l'heure actuelle ; on les considère comme des tumeurs kystiques dont la portion solide, a subi, dans sa totalité, la transformation cavitaire. »

Nous ne pouvons plus admettre à l'heure actuelle des affirmations aussi positives. Que par ignorance de l'anatomie pathologique, des faits aient été mal interprétés, cela est possible, c'est même vraisemblable. Mais nous ne pouvons nier des observations contrôlées par l'examen nécropsique. Du fait que nous ne comprenons pas ou ne nous expliquons pas un cas, nous ne pouvons le nier. Il existe dans l'utérus comme dans tout autre organe, corps thyroïde, encéphale ou mésentère des kystes ; mais il faut distinguer. Nous savons que sous le nom générique de kystes, on classe des affections bien différentes par leur pathogénie et leur constitution anatomique. Beaucoup d'entre eux, constatés cliniquement, n'ont eu leur explication qu'à la faveur de notions embryologiques récentes. Il en sera certainement de même pour l'utérus. Il nous semble, qu'à l'heure actuelle, il est déjà permis d'affirmer l'existence de quelques-uns d'entre eux et si d'autres restent encore inexpliqués, il est permis d'espérer que dans un avenir prochain, ils prendront place à côté de ceux que nous connaissons déjà.

Dans une étude complète des kystes utérins, il ne nous est pas permis d'en négliger aucune variété. Si l'intérêt de l'une d'elles prime

les autres, nous lui ferons une plus large place ; mais dans une étude d'ensemble comme celle-ci, tout kyste doit être classé et étudié séparément. Cette classification, nous l'avons déjà dit, ne saurait avoir d'autre base qu'une base anatomique et étiologique tout à la fois.

Huguier avait déjà reconnu qu'il existe dans l'utérus des kystes muqueux et des kystes séreux. En laissant de côté pour l'instant ces derniers, nous ne retiendrons que les premiers. L'ensemble des kystes dits séreux semble avoir trouvé, dans ces dernières années, une explication plus satisfaisante que celle qu'on en donnait jadis. Depuis les travaux de Rieder Klein, Recklinghausen, Maudach, Pick, Baraban et Vautrin, il semble que ces kystes séreux ne sont autre chose que des kystes congénitaux ayant leur origine dans les débris wolffiens ou müllériens que nous avons signalés dans le parenchyme utérin.

Nous avons recueilli également quelques observations de kystes sanguins. Ceux-ci, très rares à la vérité, ne semblent être que des complications angiomateuses, car nous laisserons de côté, bien entendu, les kystes sanguins où la présence du sang n'est due qu'à une dégénérescence du kyste primitif.

Enfin, on peut observer dans l'utérus comme partout ailleurs, des kystes hydatiques dont la localisation sur cet organe peut en modifier l'évolution normale.

Quant à l'existence de kystes dermoïdes, elle nous paraît bien problématique. La seule mention que nous en trouvons dans les auteurs est cette assertion de de Sinety : « On a observé également dans l'utérus des kystes dermoïdes contenant des cheveux et des dents » (1). Shoemaker, dans l'*American Journal of Obstetrics* de 1896, publie une observation qu'il intitule : « Uterine dermoïd ». Après lecture de cette observation, nous ne sommes pas encore convaincu. L'auteur considère, il est vrai, qu'il s'agissait de masses dermoïdes, nées de la paroi utérine, mais quelques lignes plus haut, il nous dit que Kneass qui examina la pièce trouva du tissu fibreux

(1) DE SINETY, *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes*. Paris, 1879, p. 472.

et un nodule qu'il considéra comme du fibrome avec dégénérescence calcaire. Ne s'agirait-il pas dès lors d'une tumeur fibreuse dégénérée ? Cela nous paraît probable.

A la section de Gynécologie du « College of Physicians of Philadelphia » où cette observation fut rapportée le 19 mars 1896, le Dr Penrose déclara ne connaître qu'un seul cas de tumeur dermoïde de la paroi utérine ; mais il ne fournit aucune indication bibliographique à ce sujet.

Nous nous croyons donc en droit de rejeter jusqu'à plus ample informé l'existence des kystes dermoïdes de l'utérus et ne rappellerons que pour mémoire l'observation de Shoemaker.

OBS. DE SHOEMAKER.— Uterine dermoid, hysterectomy.

*The American Journal of obstetrics*, 1896, p. 859.

J. B..., 58 ans ; mariée à 19 ans. II pare. 1<sup>er</sup> enfant mort-né ; 2<sup>e</sup> vécut 5 semaines. Puberté à 16 ans. Réglée toutes les 4 semaines pendant deux jours, douleurs le premier jour, ménopause il y a 14 ans.

La malade est ménagère ; robuste, de petite taille. Après cessation complète des règles pendant 13 ans, elle eut il y a un an une perte de sang abondante, qui se renouvela depuis par intervalle et tout dernièrement pendant 7 jours. Un écoulement grisâtre ou rosé s'échappe continuellement de l'utérus, dégageant une odeur infecte. Autrefois il ressemblait à de l'eau boueuse. Douleur vive constante au niveau de l'abdomen et dans le dos. Amaigrissement depuis un an. Mictions fréquentes et douloureuses. Il y a deux semaines frisson et fièvre, mais actuellement la température est redevenue normale.

*Examen.* — Vagin sénile ; parois œdématisées autour du col de l'utérus.

Utérus augmenté de volume, de 4 pouces en longueur. Fond adhérent en bas et en arrière. Mouvements limités vers le bas ou en haut, mais on ne sent pas d'infiltration sur les côtés de l'utérus ou en avant du rectum. La paroi antérieure du canal cervical est érodée et saigne au moindre attouchement. On ne trouve pas dans le col d'infiltration caractéristique d'affection maligne.

Diagnostic : tumeur maligne du corps de l'utérus.

L'hystérectomie abdominale décidée fut précédée d'un curettage. La curette pénétra immédiatement dans une large cavité à parois minces et aussitôt il s'écoula une matière molle, caséeuse, d'aspect sarcomateux. Par l'irrigation et la curette on fit sortir une grande quantité de matière crémeuse, mêlée de sang, on tamponna le col avec de la gaze iodoformée.

Puis on fit l'hystérectomie abdominale totale. La malade guérit.

*Examen des pièces.* — En fendant l'utérus, on constate que sa cavité forme un sac capable de contenir deux onces. Les parois étaient partout régulières, épaisses d'un quart de pouce environ. Dans la paroi postérieure au-dessous de l'origine de la trompe gauche, on trouve enfoui un nodule dur, d'un demi-pouce de diamètre. Il restait encore dans la cavité utérine, plusieurs amas caséeux, libres, de forme arrondie et du diamètre de  $1/2$  à  $3/4$  de pouce, qui écrasés entre les doigts dégageaient une odeur fétide.

Examinés au microscope, ils étaient constitués de détritits granulo-graisseux et de longs cristaux, gras, analogues à des cheveux ; dissous rapidement dans l'éther, ils donnèrent naissance à des plaques de cholestérine ; mais pas de vrais cheveux ni d'épithélium.

Il ne s'agissait pas d'actinomycose.

L'examen de la masse incluse dans la paroi utérine montra du tissu fibreux, quelques petites cellulés rondes, et du tissu musculaire, mais nulle part de l'épithélium.

Kneass, qui examina les pièces, considère le nodule comme un fibrome avec dégénérescence calcaire.

L'auteur considère qu'il s'agissait de masses dermoïdes nées de la paroi utérine et projetées ensuite dans la cavité.

S'il est concevable que l'épithélium de la cavité utérine puisse subir la dégénérescence graisseuse, il n'est pas aisé d'expliquer la rétention de grandes quantités des matériaux résultant du processus, puisque l'orifice était largement ouvert. Il n'y avait pas de lésions des trompes. Les deux ovaires étaient petits.

Nous diviserons donc les kystes de l'utérus en :

- 1° Kystes muqueux ou folliculaires ;
- 2° Kystes hydatiques ;
- 3° Kystes embryonnaires ;
- 4° Kystes, dits séreux ;
- 5° Kystes sanguins.

## CHAPITRE II

### Kystes muqueux.

Ces kystes, dit Huguier, « peuvent siéger au niveau de l'orifice supérieur (cervico-utérin) et même à 1 ou 2 millimètres au-dessus, sur les limites inférieures de la cavité du corps. Nous n'avons jamais rencontré ces tumeurs dans cette cavité même, ce qu'explique, au reste, très bien la rareté des follicules muqueux proprement dits dans cette portion de l'utérus ».

« On conçoit même que, dans certaines circonstances, ils puissent remonter dans la cavité du corps, tout en prenant naissance dans celle du col. »

Ainsi donc Huguier, s'il admet les kystes folliculaires du col de l'utérus, nie absolument la possibilité de ces mêmes kystes dans le corps de l'organe.

Nous laisserons de côté l'étude des kystes folliculaires du col, connus depuis longtemps sous le nom d'œufs de Naboth, pour ne nous occuper que des kystes muqueux du corps de l'utérus.

En 1854, L. A. Ferrier dans sa thèse, sur « Les fongosités utérines, les kystes de la muqueuse du corps de la matrice et les polypes fibreux de l'utérus », affirme leur existence et rapporte cinq observations.

Trois années plus tard, en 1857, Grenet faisant l'étude des kystes folliculaires de l'utérus signale deux faits nouveaux.

Depuis, nous n'avons pu trouver d'observations nouvelles. Il semble qu'on n'y ait plus prêté attention ou que les assimilant aux œufs de Naboth on ne les ait pas jugés dignes de fixer l'attention. Et cependant leur histoire à peine établie, présente encore bien des points obscurs. Si sept observations bien étudiées et bien analysées suffisent à établir une entité pathologique, il n'en est pas de même quand à ces sept observations ne sont annexés que des examens anatomo-

pathologiques incomplets. C'est par analogie qu'on a pu dire que ces kystes folliculaires de la muqueuse du corps ne diffèrent pas de ceux du col. Leur existence, quoique rare, paraît nettement établie, il est vrai, mais peut-être de nouvelles observations accompagnées d'examens histologiques plus détaillés apporteront des documents nouveaux dans la question qui nous occupe.

**Étiologie.** — Si l'on en juge par le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir les kystes muqueux du corps de l'utérus sont très rares, contrairement aux kystes de même nature qui siègent dans le col et qui sont bien décrits depuis longtemps sous le nom d'œufs de Naboth.

Doit-on attribuer cette rareté, à la rareté même des follicules muqueux dans cette portion de l'utérus, comme le prétend Huguier ?

Non, les glandes de la muqueuse du corps de l'utérus sont sinon plus nombreuses, tout au moins aussi nombreuses que celles du col. Elles deviennent un peu plus rares uniquement vers l'origine des trompes.

Mais si on ne peut se baser sur cette donnée anatomique pour expliquer la rareté des kystes muqueux du corps, il nous semble que les notions physiologiques que nous possédons sur les glandes du corps peuvent nous éclairer en partie.

Tourneux et Hermann ont avancé que la quantité de mucus que fournissent ces glandes est très minime et Launois prétend qu'il ne faut pas considérer ces glandes comme des organes de sécrétion, mais comme des réserves destinées à reconstituer la muqueuse après la menstruation.

Fonctionnant peu ces glandes seront donc peu exposées à subir des altérations pathologiques et il nous semble que c'est là la vraie raison de la rareté de leur transformation kystique.

Les kystes muqueux ne peuvent se développer qu'à partir de la puberté. Avant cet âge leur existence n'est guère possible puisque nous savons que ce n'est que vers l'âge de 8 à 10 ans que les glandes du corps se développent et que ce n'est que plus tard qu'elles acquièrent leur complet développement.

Au contraire, après la ménopause les glandes du corps s'atrophient

très rapidement et ce processus peut à lui seul déterminer la formation de petits kystes comme l'a démontré Möricke. On peut les voir cependant à un âge moins avancé dans des maladies de l'endomètre et dans quelques formes de l'endométrite chronique.

**Pathogénie.** — Ferrier et Grenet, les seuls auteurs qui rapportent des observations de ces kystes, les rapprochent des kystes du col et admettent à leur égard la même explication : hypertrophie des glandes muqueuses.

Mais la raison même de cette hypertrophie nous échappe encore.

Pour que le kyste se constitue il faut non seulement qu'il y ait hypertrophie glandulaire, mais encore oblitération de la glande. Virchow, E. Weber affirment que pendant que toute la muqueuse utérine s'épaissit et se rétracte, il se développe dans la portion supérieure de la muqueuse de très nombreux petits kystes en forme de perles qui doivent leur naissance à l'oblitération des glandes.

Le kyste muqueux ne se présente guère comme un accident pathologique isolé dans la vie génitale de la femme. On ne trouve jamais un kyste unique formant à lui seul toute la maladie ; on a toujours affaire à une véritable dégénérescence kystique. De nombreuses glandes subissent cette transformation ; il semble qu'à un âge où leur rôle régénérateur de la muqueuse n'a plus sa raison d'être, ces glandes subissent une déviation dans leur sens physiologique et que sous une influence pathologique qui nous est encore inconnue, leur orifice se ferme pour emprisonner dans leurs canaux les produits de sécrétion dont l'accumulation va former un kyste. On comprend ainsi que cette dégénérescence atteigne la muqueuse tout entière, et pourquoi cette affection ne se montre jamais à l'âge sexuel de la femme, c'est-à-dire à une période où les glandes du corps ont un rôle nettement défini.

Aussi nous semble-t-il plus logique d'abandonner le terme de kystes muqueux qui ne parle pas suffisamment à l'esprit pour désigner l'affection qui nous occupe sous le nom de *dégénérescence kystique de la muqueuse du corps de l'utérus*.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes muqueux du corps de

l'utérus sont de petites tumeurs sessiles quelquefois pédiculées qu'on observe sur la muqueuse du corps de l'utérus. Elles sont généralement arrondies, d'autres fois pyriformes, mais toujours plus ou moins transparentes.

Le kyste n'est jamais unique ; la dégénérescence kystique de la muqueuse donne lieu au contraire à la formation de kystes multi-

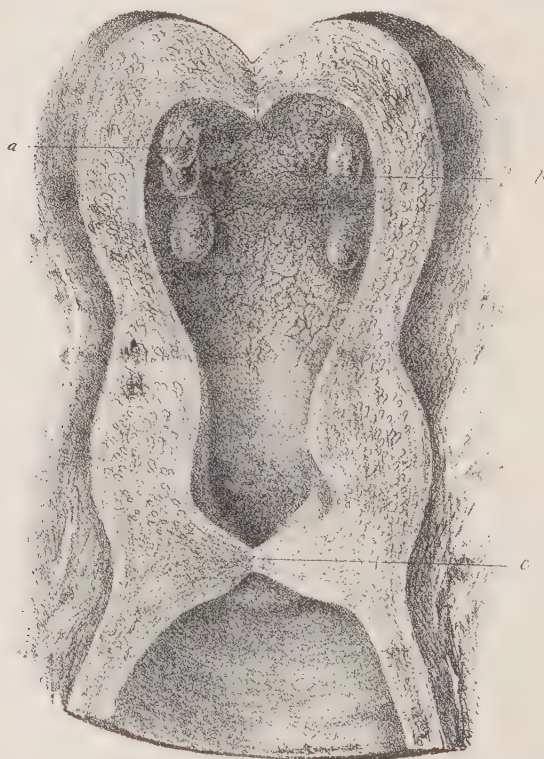


FIG. 5. — Kystes muqueux de l'utérus (d'après HUGUET). — Utérus dont le col est oblitéré (c) et dont la cavité congestionnée, vasculaire, présente des kystes (ab) faisant saillie dans cette cavité.

ples dont le nombre varie de 10 à 20 et peut atteindre le chiffre de 30 et de 40.

Leur volume n'est pas uniforme. Les uns sont petits, à peine visibles sous la muqueuse qui les recouvre, et ressemblant à des têtes

d'épingles, les autres plus gros atteignent le volume d'un pois ou d'une petite noisette.

Dans un même utérus on peut observer, à côté les uns des autres des kystes de volume très variable suivant leur degré d'ancienneté.

Ces kystes n'ont aucun siège de prédilection. Partout où il existe une glande un kyste peut se développer ; aussi n'est-il pas un point de la muqueuse où on ne puisse les observer. Les kystes les plus gros ont été vus de préférence dans le voisinage du fond de l'utérus (obs. III et obs. V), mais il n'existe aucune raison anatomique qui puisse expliquer ce fait et c'est plutôt une simple coïncidence pathologique. La surface entière de la muqueuse peut être criblée de petits grains lui donnant un aspect rugueux et qui ne sont que de petits kystes en miniature. De ce fond se détachent quatre, cinq ou plusieurs kystes plus volumineux dont la transparence révèle la pureté du contenu. Ils sont plus ou moins brillants, présentant sur leur surface des arborisations vasculaires, très délicates.

La muqueuse du corps de l'utérus paraît légèrement enflammée. On y constate d'habitude une injection vasculaire plus ou moins intense.

La paroi de ces kystes est généralement très mince et très facile à inciser.

*Histologiquement*, la paroi est composée d'après Ferrier, de fibres de tissu cellulaire entrecroisées en différents sens, presque toujours isolées — séparées les unes des autres par une certaine quantité de matière amorphe et contenant des éléments fibro-plastiques, noyaux ovoïdes et corps fusiformes.

Ces kystes sont tapissés intérieurement par un épithélium que Ferrier décrit de la façon suivante :

« Tantôt sur certains kystes, cet épithélium est uniquement de l'épithélium nucléaire semblable à celui qui tapisse les follicules tubuleux du corps de l'utérus. Ce fait est important à noter, parce qu'avec la situation des kystes, il vient montrer que ces produits morbides dérivent de ces follicules distendus outre mesure par un liquide d'une certaine densité. Sur un certain nombre de kystes, cette couche d'épithélium qui se détache avec une grande facilité et

offre au microscope une grande élégance, est formée en partie d'épithélium nucléaire dont nous venons de parler et en partie de cellules épithéliales pavimenteuses dont le noyau est semblable aux épithéliums nucléaires.

« Dans d'autres kystes, mais moins fréquemment l'épithélium pavimenteux l'emporte en quantité, bien qu'il soit toujours mêlé d'une proportion d'épithélium nucléaire et de quelques cellules qui appartiennent plutôt à l'épithélium prismatique qu'à l'épithélium nucléaire. Ce sont les plus gros kystes qui, en général, offrent cette particularité de structure. »

Cette transformation de l'épithélium cylindrique normal ou épithélium pavimenteux serait constante dans ces kystes.

Pour Klob, la paroi interne est en partie tapissée de petites cellules de revêtement arrondies.

*Le contenu* de ces kystes est généralement transparent, limpide : quelquefois visqueux et filant, albumineux ; parfois même brunâtre.

On y aurait trouvé une fois (Ferrier) une matière jaune ressemblant à de la matière tuberculeuse, mais n'en étant pas dit Ferrier.

Au microscope, on y trouve des globules sanguins, des cellules pavimenteuses libres, voire même des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

**Etude clinique.** — Ces kystes ont toujours été jusqu'à présent des trouvailles d'autopsie. Leur histoire clinique reste donc complètement ignorée. Peut-être même n'existe-t-elle pas ?

Les utérus examinés étaient peut-être un peu plus gros que normalement, mais les observations ne le signalent pas. L'un d'eux était oblitéré au niveau du col. Tous présentaient une injection très fine de la muqueuse. Mais quels troubles ces phénomènes peuvent-ils apporter dans l'appareil génital ? L'utérus n'est jamais assez gros pour déterminer des troubles de compression. La muqueuse, en voie d'atrophie, n'est plus assez vivace pour déterminer des hémorrhagies. C'est tout au plus si de temps à autre ils peuvent donner lieu à de petits écoulements séreux, par ouverture de l'un d'eux et évacuation par le vagin. Et encore faut-il que le col soit perméable, sinon le liquide est retenu dans la cavité utérine sans déterminer

aucun phénomène particulier. Quant à leur évacuation au dehors sous forme de kystes constitués, elle nous semble à peu près impossible et les observations anciennes qui la mentionnent sont certainement des erreurs de diagnostic.

La menstruation n'est influencée en rien, puisqu'elle n'existe en général déjà plus quand ils apparaissent.

Aussi, à l'heure actuelle, devons-nous considérer ces kystes comme des productions pathologiques inoffensives dont le développement ne peut encore être décelé par aucun symptôme connu.

Quelques auteurs admettent que dès qu'ils ont atteint le volume d'une grosse perle, ces kystes meurent.

Le *diagnostic*, dans ces conditions, nous semble à peu près impossible. Peut-être la dilatation utérine, et l'examen au speculum pourront faire reconnaître des kystes faisant saillie à travers le col, après allongement considérable. Peut-être l'hystérométrie pourra-t-elle transmettre à la main les rugosités de la muqueuse et la saillie de certains kystes ? Mais il faudra être prévenu pour y penser et encore faudra-t-il savoir éliminer les polypes intra-cavitaires qui seront, il est vrai, plus gros, plus durs et donneront lieu à des hémorrhagies.

La môle hydatiforme survenant après l'accouchement présente toujours une disposition caractéristique et est évacuée en bloc, évolution bien différente des kystes muqueux.

Quant aux œufs de Naboth, nous savons que la majorité des auteurs admettent qu'une simple différence de siège les distingue.

Le *pronostic* est toujours bénin. La dégénérescence kystique de la muqueuse utérine est une affection de la vieillesse et qui ne compromet en rien la santé de la femme.

Aussi son *traitement*, à l'heure actuelle, nous semble-t-il purement expectatif. Ne donnant lieu à aucun trouble, ces kystes ne seront susceptibles d'aucun traitement. Cependant en présence de kystes diagnostiqués et reconnus multiples, ne sera-t-il peut-être pas inutile d'évacuer par un curettage tous ces produits de rétention qui certainement doivent nuire à la vie normale de l'organe.

## OBSERVATIONS

**Obs. I.** — FERRIER, Thèse Paris, 1854.

Utérus d'une femme de 32 ans.

Sur les parties médianes antérieures et postérieures, à 2 centimètres au-dessous du fond de l'organe la muqueuse présente un boursoufflement occupant 2 centimètres d'étendue verticale et 1 centimètre d'étendue transversale ; elle est dans ce point plus molle et plus foncée en couleur. Au niveau de l'ouverture utérine des trompes, existent une injection très fine et une foule de petits kystes. Parmi eux il en existe deux plus volumineux situés l'un à côté de l'autre ; ils contiennent un liquide limpide, perlé ; leurs parois sont recouvertes par de fins vaisseaux capillaires. Dans un de ces kystes, existe à son centre, un petit noyau rouge.

**Obs. II.** — FERRIER, Thèse Paris, 1854.

Utérus d'une femme de 40 ans.

Dans l'intérieur de cet utérus d'une femme d'une quarantaine d'années nous pouvons compter au moins vingt-cinq petits kystes. Les plus volumineux sont au nombre de quatre ; ils ont le volume d'un petit pois ; ils sont situés à peu près à 2 centimètres au-dessus de la limite qui sépare le col du corps. Paroi mince ; liquide transparent, visqueux et filant. Sur la partie latérale gauche du corps de l'utérus on aperçoit une injection très fine de la muqueuse. Tous ces kystes forment une saillie au-dessus de la muqueuse et en promenant le doigt au-dessus on sent comme de petites rugosités.

**Obs. III.** — FERRIER, Thèse Paris, 1854.

Utérus d'une femme âgée.

Tout au fond de l'utérus, on distingue un kyste du volume d'une petite noisette contenant dans son intérieur une matière jaunâtre ressemblant à de la matière tuberculeuse, mais n'en étant pas. Cette matière jaune laisse apercevoir au microscope des granulations graisseuses, des gouttes d'huile et des cristaux de cholestérine. Les parois de ce kyste sont très minces ; son insertion se fait sur la ligne médiane du fond de la matrice.

**Obs. IV.** — FERRIER, Thèse Paris, 1854.

Utérus d'une femme âgée.

Dans un espace de 1 centimètre carré à peine, on voit au niveau de la trompe gauche surtout, une trentaine de petits kystes. Du côté de la trompe droite, il existe aussi de ces petits kystes ; ils sont moins nom-

breux, mais plus volumineux. L'utérus de cette femme présente encore d'autres altérations (L'auteur n'en fait pas mention).

**Obs. V. — FERRIER, Thèse Paris, 1854.**

Utérus d'une femme de 52 ans.

En examinant l'utérus à l'extérieur nous trouvons le col complètement oblitéré. Sur la ligne médiane, les deux lèvres sont réunies par des brides fibreuses dans une étendue d'à peu près 1 centimètre. De chaque côté existe une fente qui semble, à première vue, conduire dans l'intérieur de l'organe ; mais un stylet introduit par cette fente est bientôt arrêté et n'y pénètre nullement ; par une injection on n'y pénètre pas davantage. Derrière le col ainsi oblitéré, se trouve accumulé, dans un cul-de-sac, un mucus gélatiniforme, bien lié. En incisant l'utérus sur la ligne médiane, on voit s'en écouler une assez grande quantité de ce liquide, qui se trouvait là comme emprisonné.

Il existe dans l'intérieur du corps de l'utérus, et à sa partie antérieure, des kystes en assez grand nombre, dont 5 surtout sont apparentes (V. fig. 5). En supposant l'utérus incisé sur la ligne médiane, 3 de ces kystes occupent la partie latérale gauche, et les 2 autres la partie latérale droite.

Les 3 kystes situés à gauche sont étagés et se recouvrent réciproquement ; le plus supérieur est situé au niveau de l'ouverture de la trompe ; le plus inférieur à 2 centimètres à peu près au-dessous de cette ouverture ; leurs parois sont injectées par de petites arborisations vasculaires très fines ; elles présentent une coloration plus foncée à leur partie interne ; elles sont très minces et laissent écouler à l'incision un liquide transparent. Ceux qui sont situés à droite sont au nombre de 2 ; ils sont séparés l'un de l'autre par un petit intervalle et présentent sur leurs parois une injection fine. Toute la muqueuse du corps de l'utérus, surtout au niveau de ces kystes, est criblée de petits vaisseaux capillaires.

**Obs. VI. — GRENET, Thèse Paris, 1857.**

Femme de 40 ans.

Robin trouve à l'autopsie dans l'intérieur de l'utérus une vingtaine de petits kystes. Les plus volumineux sont au nombre de 4 ; ils ont le volume d'un pois ; ils sont situés à 2 centimètres au-dessus de la limite qui sépare le col du corps. Parois minces ; liquide transparent et visqueux. Sur la partie latérale gauche on aperçoit une foule de petits kystes et une injection très fine de la muqueuse.

**Obs. VII. — GRENET, Thèse Paris, 1857.**

Utérus appartenant à une femme de 52 ans.

Derrière le col, qui est oblitéré, se trouve accumulé un mucus gélatiniforme et bien lié. Il existe dans l'intérieur du corps de l'utérus et à sa partie antérieure, des kystes en assez grand nombre, dont 5 sont surtout apparents. Leurs parois sont minces et injectées par de fines arborisations ; à l'incision il s'en écoule un liquide albumineux. Toute la membrane de l'utérus, surtout au niveau de ces kystes, présente une injection vasculaire très notable.

## CHAPITRE III

### Kystes hydatiques

Les kystes hydatiques constituent la seconde variété de kystes qui peuvent occuper le parenchyme utérin.

Des observations isolées en signalèrent d'abord l'existence ; quelques-unes d'entre elles cependant, publiées sous le nom d' « *hydatides dans l'utérus* », nous paraissent devoir être éliminées, n'étant que des cas de môle hydatiforme mal interprétés. Telles sont les observations de Wilmer (1), de Mirambeau (2), etc. Aussi ne retiendrons-nous que les faits hors de conteste.

C'est Laënnec qui, en 1804, signale pour la première fois la présence de kystes hydatiques dans l'utérus.

L'observation de Barret (3) datant de 1828, nous paraît devoir être considérée comme un kyste du petit bassin ayant communiqué secondairement avec l'utérus.

Puis viennent les cas de Wilton (1841), Macnevn (1849), Ferrant (1861), Beigel (1869) et Graily Hewitt (1871). Nous devons encore signaler les observations de Darby, de Freund en 1874, de Pinard, de Küchenmeister, de Wiener en 1877 avant de signaler le cas de Bernhard Szancer que cet auteur croyait cependant être le troisième dans la science.

Les observations de Jones (1879), de Gross, de Martin, de Riggs (1882), de Baker, de Thomas (1883) précèdent encore le mémoire de Péan et Secheyron, lu au Congrès de Toulouse en 1887, et qui constitue la première étude d'ensemble sur la question.

Péan et Secheyron divisent les kystes hydatiques de l'utérus en

(1) WILMER, *London Medical Journal*, 1787, vol. VIII, p. 382.

(2) MIRAMBEAU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1<sup>re</sup> série, t. XI, p. 46-47.

(3) BARRET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1828, p. 228.

deux classes : « les kystes utérins proprement dits, développés dans le parenchyme de l'organe, et les kystes juxta-utérins, nés au voisinage de l'utérus ».

Les premiers seuls rentrent dans le cadre de notre sujet, les seconds appartenant plutôt à la classe des kystes hydatiques du petit bassin.

En matière de kyste hydatique une première grande division s'impose. Le kyste peut être primitif ou secondaire. « Les kystes hydatiques des organes pelviens, dit Devé, sont le plus souvent secondaires. Les kystes primitifs constituent l'exception. » Ils existent néanmoins et c'est ce qui nous permet de diviser les kystes de l'utérus en kystes primitifs et kystes secondaires.

Les premiers se développent d'emblée dans le parenchyme utérin. Les seconds seraient consécutifs à un kyste hydatique d'un organe éloigné du bassin tel que foie, poumon, ou prendraient naissance dans le tissu cellulaire pelvien avant d'atteindre l'utérus. D'après Freund, les kystes hydatiques de l'utérus seraient toujours primitivement des kystes développés dans le tissu conjonctif du petit bassin.

**Pathogénie.** — L'embryon hexacanthé du *tœnia echinococcus* mis en liberté au niveau du tube digestif par l'action des sucs qu'il sécrète peut, pour se rendre à l'utérus, suivre plusieurs voies.

La voie sanguine ou lymphatique paraît au premier abord la plus probable. C'est celle qu'on admet pour le foie, pour le poumon. Mais Péan et Secheyron pensent que « le tissu dense de l'utérus, le calibre minime de ses capillaires en dehors de la gestation seraient un obstacle puissant au cheminement de l'hexacanthé ». Nous ne croyons pas que la raison soit suffisante ; l'utérus subit en effet tous les mois une poussée congestive intense pendant laquelle au contraire sa circulation est très active ; il augmente de volume ; sa consistance devient plus molle ; tout le réseau sanguin se dilate et se gorge du sang qui va s'échapper des vaisseaux.

Il ne nous semble donc pas permis d'éliminer cette voie en invoquant le calibre minime des capillaires. Peut-être, au contraire, faudrait-il expliquer la rareté des kystes hydatiques utérins par cette circulation active qui se produit tous les mois et qu'accompagnent

une diapédèse intense de leucocytes et l'imbibition séreuse du stroma dont parle Westphalen (1).

D'autres auteurs admettent, en particulier pour les kystes de l'abdomen, le *cheminement direct* de l'embryon hexacanthé à travers les tissus. Ayant traversé les parois intestinales, il progresserait, grâce à ses crochets, dans le tissu cellulaire du petit bassin (2). Si cette théorie peut s'appliquer aux kystes multiples du petit bassin, il est cependant bien difficile de l'admettre pour les kystes utérins. Le scolex trouve bien plus facilement dans le ligament large que dans le parenchyme utérin un terrain propice à son développement.

La voie d'infection directe enfin par la vulve et le vagin (Freund), pourrait peut-être expliquer certains kystes primitifs. Mais la pénétration de l'embryon hexacanthé dans le canal vulvo-vagino-utérin exige un ensemble de circonstances qui sont heureusement bien rarement réunies.

Enfin Beigel suppose qu'ayant traversé l'intestin, les échinocoques parcourraient le péritoine jusqu'à l'ouverture de la trompe pour arriver dans l'utérus par les mouvements ciliaires.

En définitive, nous admettrons que les kystes primitifs de l'utérus sont, selon toute probabilité, des kystes dus à la fixation dans le parenchyme utérin de l'embryon hexacanthé charrié par la voie sanguine ou lymphatique.

La pathogénie des kystes secondaires est encore plus discutée.

Pour expliquer les kystes hydatiques multiples du péritoine, deux théories ont été émises. L'une, longtemps seule admise en France, soutient avec Charcot et Davaine que « les kystes se développent le plus souvent *simultanément* dans les diverses parties du corps ». L'autre, signalée pour la première fois par Hunter (3), attribue les kystes multiples du péritoine à la greffe de germes échinococciques mis en liberté par la rupture d'un kyste primitif du foie ou de la rate. Cette dernière théorie a reçu dans ces dernières années une confir-

(1) WESTPHALEN, Zur Physiol. der Menstruation, *Archiv für Gynäk.*, 1896, t. LII, p. 35.

(2) FORGUE, *Traité de Chirurgie* DUPLAY-RECLUS, t. VII.

(3) HUNTER, *Med. and surg. transactions*, 1793, I, p. 35.

mation expérimentale grâce aux travaux de von Alexinsky, de Ricmann et de Devé pour ce qui est des kystes sous-séreux.

La greffe secondaire doit être certainement possible dans l'utérus, mais la voie circulatoire nous paraît encore ici la plus probable car il est bien difficile d'admettre qu'un tissu aussi dense que le parenchyme utérin se laisse facilement pénétrer par un scolex, une vésicule prolifère ou une vésicule-fille. Comme pour les muscles et les os, nous admettons donc l'origine embolique.

Une fois arrivé dans l'utérus le germe échinococcique produit, comme dans les autres organes, une réaction qui aboutit à la formation d'une membrane adventice et à la constitution du kyste hydatique. Aucune particularité n'est à signaler à ce sujet.

**Étiologie.** — Etant donnée la grande richesse vasculaire de l'utérus, on aurait pu penser qu'il était plus exposé que tout autre organe à l'échinococcose. Peut-être, au contraire, pourrait-on faire intervenir, pour expliquer la rareté du kyste hydatique utérin, disent Péan et Secheyron, le calibre relativement restreint, l'obliquité d'émergence et le long trajet des artères utérine et utéro-ovarienne. Nous avons vu, que loin d'expliquer la rareté des kystes utérins, ces faits favoriseraient au contraire leur éclosion, mais que la menstruation joue au contraire un rôle favorable pour défendre l'utérus contre les germes échinococciques.

Ces kystes peuvent s'observer à tous les âges de la femme. La petite fille de Bernhard Szancer n'était pas encore réglée. La femme de Péan et Secheyron avait depuis huit mois atteint la ménopause.

Quant à la formation du kyste, nous savons qu'elle est sous la dépendance directe de l'inoculation hydatique et qu'elle relève des mêmes causes que l'échinococcose en général.

**Anatomie pathologique.** — Le kyste hydatique peut siéger en un point quelconque du parenchyme utérin, il est dit alors interstitiel ; il peut être aussi sous-péritonéal ou sous-muqueux.

C'est presque toujours le corps qu'il choisit comme lieu d'élection et principalement le fond ou la paroi postérieure. Péan et Secheyron attribuent cette préférence au voisinage de la séreuse péritonéale ou à la richesse vasculaire plus grande du corps. Nous aimons mieux

cette seconde hypothèse en nous rappelant avec Farabeuf « que le col est entouré par ses vaisseaux, que le corps en est pénétré ».

Souvent le siège du kyste est mal délimité et il semble pour ainsi dire s'extérioriser de l'organe utérin. D'autres fois, il fait tellement saillie sous la muqueuse qu'elle cède ; c'est le cas de la plupart des

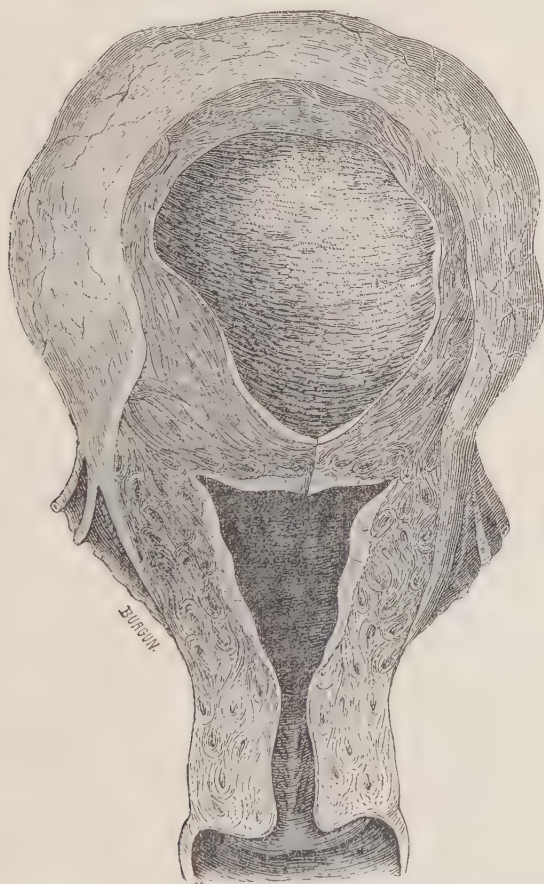


FIG. 6. — Kyste hydatique de l'utérus (d'après PÉAN et SECHÉYRON).

kystes évacués par les voies naturelles.

Les dimensions du kyste sont très variables : les kystes primitifs sont généralement plus volumineux. On les compare volontiers à une orange, à une tête de fœtus. Les kystes secondaires sont plus petits et

d'autant plus petits qu'ils sont plus interstitiels. Les premiers sont toujours uniques ; les seconds, au contraire, peuvent se présenter en plus grand nombre (3 par exemple dans le cas de Laënnec).

Le kyste en lui-même ne présente aucune particularité : sa paroi est typique, constituée par une membrane homogène plus ou moins épaisse à lamelles parallèles doublée sur sa face interne d'une membrane germinative. Son contenu est banal. On y a trouvé un liquide limpide, citrin, quelquefois louche et des vésicules (Günzburg, von Brodowchi), des scolex (Wickham Legg), des crochets libres (Altormyan, Kouzmina).

Les kystes hydatiques de l'utérus suivent une marche très lentement progressive. Le tissu utérin leur oppose une résistance très sérieuse. Aussi n'est-ce que lorsqu'ils sont devenus sous-muqueux ou sous-péritonéaux qu'ils peuvent modifier un peu les rapports anatomiques des organes voisins.

Lorsque le kyste fait saillie sous le péritoine, il peut parfois rester mobile et ne déterminer que des phénomènes de compression ; mais le plus souvent il s'ouvre spontanément soit dans la cavité péritonéale, comme dans le cas de Wilton, soit dans un des organes voisins après formation d'adhérences.

La coïncidence des kystes hydatiques de l'utérus avec des kystes situés dans les organes éloignés est un fait assez fréquent. Dans ces cas, nous l'avons vu, la tumeur utérine est généralement secondaire. C'est presque toujours le foie qui est en cause. Mais on a vu coïncider avec des kystes utérins des kystes du tissu cellulaire (Laënnec), du corps typhoïde (Ferrant), du péritoine (Küchenmeister), du poumon (Günzburg).

**Étude clinique.** — Comme toute tumeur utérine, le kyste présente surtout des signes d'emprunt dus aux troubles qu'il détermine dans le fonctionnement des organes voisins.

Son apparition est toujours insidieuse et ce n'est que lorsque le kyste présente certaines dimensions qu'il donne lieu à quelques signes. Il est des cas cependant où le kyste a passé totalement inaperçu et n'a été vu qu'à l'autopsie.

Dans d'autres cas, c'est seulement l'apparition d'une tumeur uté-

rine qui attire l'attention sur cet organe et fait pratiquer l'examen physique de la malade. Mais la nature de la tumeur est restée toujours ignorée et le diagnostic n'a été posé qu'à l'ouverture du kyste, soit spontanée soit chirurgicale.

Aussi les signes fonctionnels ne présentent-ils aucune particularité ; ce sont les troubles que détermine l'augmentation de volume de l'utérus et la compression des organes voisins.

La menstruation n'est généralement pas modifiée et la tumeur est parfaitement indolente. Quand il existe des douleurs elles sont dues à des adhérences ou à des phénomènes inflammatoires. L'état général est lui-même sous la dépendance de ces divers symptômes. Dans quelques cas on a cependant signalé des hémorrhagies abondantes et des douleurs très violentes survenant par crises et s'accompagnant d'efforts d'expulsion.

Quant à l'examen physique il donnera rarement des indications bien précises. On reconnaîtra par le toucher la présence d'une tumeur, on pourra la localiser dans l'utérus, on pourra affirmer sa fluctuation, mais il paraît bien peu probable qu'on puisse sentir le frémissement hydatique.

L'évolution du kyste est lente et progressive : plusieurs mois pour la malade de Szancer, 5 ans pour celle d'Altormyan, 8 à 9 ans pour celle de Hewitt. Aussi si l'on n'intervient pas ils se terminent brusquement par rupture qui, dans les cas les plus favorables, se fait dans la cavité utérine. Des contractions douloureuses accompagnent alors l'expulsion des hydatides.

Au cours d'une grossesse le kyste ne gêne en rien la conception mais lors de l'accouchement il pourra, s'il est bas situé, être une cause de dystocie et nécessiter l'ouverture immédiate pour faciliter la sortie de l'enfant. Wiener, puis Porak ont insisté sur ce point à propos des kystes du petit bassin et signalent tous deux le cas de Küchenmeister (obs. IV : kystes secondaires).

L'infection est en outre toujours possible et aggrave alors la situation. Le pronostic de l'affection est grave, surtout dans l'état de gestation.

Quant au diagnostic, la seule chose que nous puissions affirmer,

c'est qu'il n'a jamais été fait avant la rupture. Avant de diagnostiquer la nature du kyste il faudrait pouvoir porter un diagnostic ferme du kyste lui-même. Or l'affirmation d'un kyste utérin n'est pas chose facile.

En présence d'un kyste sous-péritonéal on pensera plutôt à une tumeur kystique ovarienne, parovarienne ou salpingienne, à un kyste fœtal.

Quand le kyste est sous-muqueux le diagnostic est encore plus embarrassant. L'utérus est augmenté de volume, il conserve sa forme et pour peu qu'il existe de l'aménorrhée, c'est à la grossesse qu'on pensera de préférence.

Le kyste peut au contraire s'accompagner de métrorrhagies et faire croire alors à un polype. Dans ce cas le cathétérisme pourrait nous renseigner. Mais nous savons que quand un diagnostic de grossesse est en suspens il faut bien s'en garder.

Si le kyste est interstitiel, ou bien il passera inaperçu, ou bien il sera pris pour un fibrome ; on ne le confondra certes pas avec un abcès ou une tumeur dégénérée qui donneront naissance à des douleurs et à de la fièvre.

Quant à diagnostiquer l'hydatide utérin, on ne pourra le faire que lorsqu'un kyste hydatique aura été préalablement reconnu dans un autre organe. Le frémissement hydatique n'a pas encore été perçu ; peut-être des observateurs prévenus seront-ils un jour plus heureux et pourront-ils ainsi établir un diagnostic qui jusqu'ici n'a pu être fait que lors de l'évacuation du kyste.

La môle hydatiforme a longtemps été confondue avec le kyste utérin. Aussi avons-nous été obligé d'éliminer toutes les observations anciennes, telles que celle de Wilmer (1), et même des observations plus récentes signalées par Péan et Secheyron, telles que celles de Darby (2), de Jones (3), dans lesquelles les seuls renseignements que

(1) WILMER, Grande quantité d'hydatides expulsées par l'utérus, *London Medical Journal*, 1787, vol. VIII, p. 382.

(2) DARBY, Hydatids of the uterus, *The British Medical Journal*, 30 mai 1874, p. 714.

(3) JONES, Extreme retroversion of the uterus with hydatids, *The Lancet*, 1879, t. I, p. 765.

nous avons sur la tumeur c'est que les malades expulsèrent une grande quantité de tumeurs hydatiformes (Darby), ou d'hydatides (Jones).

A l'heure actuelle il n'est plus permis de faire cette confusion.

**Traitement.** — Tout kyste, dès qu'il sera reconnu, devra être évacué, car il n'a aucune tendance à rétrocéder.

S'il siège au niveau du col, il sera incisé et drainé après dilatation s'il y a lieu. Dans tous les cas où l'excision de la poche sera possible, on la pratiquera.

Si le kyste n'est reconnu qu'au cours du travail on se contentera de ponctionner la poche et l'évacuation du kyste permettra alors l'engagement du fœtus.

Dans les cas où le kyste siège au niveau du corps on pourra l'aborder par la voie vaginale après dilatation de l'utérus.

Si la tumeur est volumineuse et sous-péritonéale, on pratiquera la laparotomie et on réglera sa conduite suivant l'état de l'organe, en recourant à l'hystérectomie si les lésions sont trop étendues.

## OBSERVATIONS

### 1<sup>o</sup> Kystes primitifs.

**Obs. I.** — WILTON. Hydatides de l'utérus et de l'ovaire. Contractions douloureuses et métrorrhagies. Mort d'hémorrhagie interne intra-péritonéale. *Lancet*, 1841 (d'après PÉAN et SECHEYRON).

M. M..., 37 ans, quatre enfants. Depuis quelques semaines hémorrhagies utérines avec crises douloureuses d'une extrême violence et efforts d'expulsion.

Malade garde le lit ; plus tard, nouvelles crises ; la malade croit qu'elle a fait dernièrement une fausse couche et que tout n'a pas été expulsé. Il est impossible d'établir la certitude d'une fausse couche.

Quelques jours après, retour de l'hémorrhagie avec état douloureux du ventre ; plus tard, encore nouvelle crise ; douleur brusque dans la région iliaque gauche.

Cette région était occupée par une tumeur rappelant par sa forme l'utérus et s'étendant vers le bassin. Cette augmentation de volume confirme l'idée d'une grossesse, d'autant mieux qu'il existait une augmentation de volume et une douleur dans la région mammaire.

Depuis 10 semaines, efforts continuels d'expulsion n'aboutissant

qu'au rejet d'une petite quantité de sang fluide. Ce symptôme fit croire plutôt à une affection intra-utérine. Le toucher vaginal fit renoncer du reste à l'idée d'une grossesse.

En présence d'une recrudescence des douleurs, le docteur Lyon fut appelé en consultation. La possibilité d'hydatides utérines fut jugée comme probable. Ce diagnostic fut posé surtout grâce au souvenir d'une perte soudaine de liquide ayant les caractères de l'eau qu'avait eue la malade.

Les douleurs persistèrent, comparables à celles de l'accouchement et accompagnées d'efforts expulsifs.

La malade mourut avec des symptômes d'hémorrhagie interne.

**AUTOPSIE.** — De larges caillots et du sang liquide en abondance furent trouvés dans l'abdomen, rempli aux trois quarts ; les caillots enlevés, les bords de l'ouverture laissaient échapper une petite grappe d'hydatides.

*Examen de l'utérus :* col normal obturé par un bouchon muqueux semblable à celui de la grossesse et laissant pénétrer l'extrémité de l'index.

L'utérus fut ouvert : sa surface était en bon état, mais dans son fond et en arrière apparut une masse considérable d'hydatides. Une grande partie fut aussitôt détachée ; mais une grappe d'un volume égal à celui d'une tasse à thé était fortement adhérente au fond de l'utérus.

On découvrit que les parties voisines de l'hydatide n'offraient plus le caractère normal, qu'elles étaient recouvertes d'exsudats irréguliers de lymphes.

Les hydatides furent enlevées en partie et on put voir que la poche était complètement déchirée et qu'elle était logée dans le tissu utérin. Au fond de l'utérus, dans le tissu sous-muqueux, existait une autre masse d'hydatides comme dans le cas d'Andral.

Au voisinage, le péritoine offrait des bosselures formées par de petites grappes d'hydatides.

Vagin normal, ovaire avec hydatides. Pas d'autres hydatides dans le divers organes.

**Obs. II.** — GRAILY HEWITT. Hydatids of the uterus. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, Vol. XII, 1870, p. 237.

Mary Ann M., 35 ans, reçue à l'University College Hospital le 26 mars 1870. Elle eut un enfant il y a 15 ans. Pas d'autre grossesse depuis. Règles régulières, mais douloureuses. Née à Norfolk, elle a vécu à Londres ces trois dernières années. Elle avait l'habitude de manger du porc et du veau, mais non celle de caresser les chiens.

Depuis 8 à 9 ans, augmentation de volume de l'abdomen du côté gauche et de temps en temps quelques douleurs.

Le 22 mars, évacuation d'une petite quantité de masses en forme de

raisin avec un peu de liquide, sans douleur ni hémorrhagie. Le jour suivant perte d'une demi-pinte environ de la même substance, mais avec beaucoup de douleur. Pas d'hémorrhagie. Les matières expulsées consistaient en petites vésicules, transparentes, de volume variant entre celui d'un grain de raisin et d'une noix, contenant du liquide ; ces vésicules flottaient dans un liquide épais d'aspect muqueux.

*Examen de l'utérus* : augmenté de volume surtout en arrière ; il atteint les dimensions d'un utérus *gravide* de 2 à 3 mois, mais de forme irrégulière. Le cathéter pénètre facilement jusque dans une cavité capable de contenir une orange. A l'intérieur de l'utérus on reconnaît des irrégularités, paraissant produites par des masses globuleuses implantées sur le fond. Il semble que l'utérus s'est surtout dilaté aux dépens de sa paroi postérieure.

Du 27 mars au 2 avril, nouvelles pertes offrant les mêmes caractères.

Le 4 avril, on injecta du perchlorure de fer au tiers.

Deux jours après nouvelle injection.

Plus d'expulsion d'hydatides. La malade quitte l'hôpital 3 semaines après son entrée.

*Examen des hydatides* fait par le Dr Wickham Legg. — Vésicules de couleur blanc sale, les unes complètement distendues, les autres partiellement par du liquide. Volume variant d'un pois à une noix.

Le contenu de plusieurs de ces vésicules était un liquide albumineux, riche en chlorure de sodium. L'enveloppe était transparente et incolore ; au microscope elle présentait une structure nettement lamelleuse. Dans le liquide d'une vésicule et sur la paroi on trouva de petits corps blanchâtres, qui au microscope, furent reconnus pour des têtes d'échinocoques. Ils présentaient une forme rhomboïdale avec deux cercles de crochets au centre de la tête.

**Obs. III.** — BERNHARD SZANCER. Echinocoques dans l'utérus chez une jeune fille de 12 ans. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1879, Band IV, p. 313.

Le 14 mars 1874, je vis pour la première fois la jeune S... Sa mère m'apprit ce qui suit : depuis plusieurs mois, elle était indisposée, malade ; elle perdait l'appétit et maigrissait à vue d'œil. Elle mangeait avec prédilection du pain salé, mais s'en fatigua vite. Elle avait de temps en temps des vomissements bilieux, accompagnés de violentes douleurs le long de la colonne vertébrale, principalement dans la moitié inférieure.

Cet état persista, durant 2 mois 1/2, puis les vomissements cessèrent. Elle eut alors des douleurs violentes en allant à la selle et des picotements à l'anus, mais les douleurs étaient si fortes que la malade évitait d'aller à la garde-robe. Il s'en suivit de la constipation. La miction s'accompagnait de ténesme pendant une demi-heure. Il existait des

picotements dans les parties sexuelles et des douleurs pongitives dans l'urèthre.

Cette période se continua plusieurs semaines ; ce qui dominait c'étaient les violentes douleurs dans le bas-ventre, qui augmentaient d'après la mère. En même temps apparaissait dans les parties sexuelles, par interruption, un écoulement blanchâtre très abondant, visqueux.

Un médecin à qui la mère conduisit l'enfant, pensa à la scrofule et ordonna de l'huile de foie de morue ; mais la malade ne put suivre ce traitement, car chaque fois qu'elle en prenait, elle avait des vomissements.

Elle eut alors recours à diverses médications populaires ; mais après deux mois entiers de patience et de douleurs, elle fut obligée de garder le lit ; elle pouvait à peine manger et ressentait des tiraillements dans tout le ventre.

Huit mois s'étaient écoulés depuis les premiers symptômes. Le médecin crut alors à une entérite et ordonna du calomel, dans une émulsion d'huile d'amandes et des cataplasmes sur le bas-ventre.

Ce traitement amena un certain soulagement, mais néanmoins dans la nuit du 13 au 14 mars 1874 la malade eut une crise de douleurs et de vomissements telle qu'on la crut perdue.

Le jour suivant, je vis la malade et l'examinai :

La jeune fille, âgée de 12 ans, était de petite taille, chétive, cheveux blonds, yeux bleus ; le tissu adipeux sous-cutané flasque, les muscles atrophiés ; poumons normaux ; léger souffle aigu bronchique à l'expiration. Matité précordiale normale ; le bruit de la pointe, net, mais affaibli. Thorax élargi. Espaces intercostaux agrandis. Respiration : 24. Pouls : 112 à la minute. Température : 38°3.

En ce qui concerne le tube digestif : inappétence, soif vive, bouche sèche, langue rugueuse à bords rouges, éructations et vomissements abondants ; à mon arrivée elle eut une selle très fétide, jaunâtre.

Quant au corps : paroi abdominale tendue ; palpation douloureuse.

Percussion de l'appendice xyphoïde à 4 cent. 1/2 au-dessous de l'ombilic : tympanisme. Au-dessous matité depuis la symphyse à 3 travers de doigt au-dessus. A ce niveau on sent une tumeur dure, non mobile, douloureuse. La forme de l'ombilic est normale.

Parties sexuelles : seins peu développés, recouverts de duvet. Grandes lèvres rouges, douloureuses, tuméfiées, recouvertes de mucus.

Hymen intact, infundibuliforme, dilatable ; ouverture ovale, rouge et tuméfiée laissant s'écouler un liquide jaunâtre. Par l'ouverture de l'hymen j'introduisis une sonde dans le vagin. Après avoir fait pénétrer 5 centimètres, je trouvai un corps mou, élastique, sphérique, occupant toute la partie supérieure du vagin.

Le toucher rectal permit de sentir à 5 centimètres au-dessus du sphincter une tumeur muqueuse, douloureuse en avant du rectum.

La vessie vidée, on sent aussi la tumeur atteignant le niveau de la moitié supérieure de la symphyse.

La malade n'est pas encore réglée.

La malade avait des accès douloureux répétés ; les plus longs duraient 2 à 5 minutes accompagnés de vomissements.

Un accès fut provoqué par le toucher rectal ; il s'écoula alors par l'ouverture de l'hymen une abondante qualité de liquide jaune, visqueux ; les douleurs diminuent alors et la tumeur se ramollit.

Le pelvis, les ligaments larges, le cul-de-sac recto-vaginal paraissent libres de tout exsudat.

Les symptômes précédents permettent d'affirmer :

1<sup>o</sup> Que la tumeur sentie par le rectum et constituée par l'utérus augmente de volume ;

2<sup>o</sup> Que les douleurs coïncidaient avec les contractions utérines ;

3<sup>o</sup> Que la quantité de liquides évacués étaient proportionnée aux contractions.

Il fut conseillé un grand bain d'une demi-heure puis application de compresses chaudes sur l'abdomen, infusion de camomille avec 5 à 10 gouttes de teinture de laudanum à prendre à chaque vomissement.

Par l'ouverture de l'hymen fut introduite une éponge imbibée de belladone, puis on introduisit le doigt pour permettre au liquide accumulé dans l'utérus et le vagin de s'écouler plus facilement.

Ayant conseillé à la malade de rester étendue avec les jambes pliées, je fus rappelé quelques instants après, la malade ayant de nouveau éprouvé de très violentes douleurs et avait évacué quelque chose analogue à une couleuvre, disait-on. Je constatai alors la présence d'une masse gélatineuse, molle, de près de 4 centimètres de large, grisâtre, fragile, apparaissant à l'ouverture de l'hymen. Je la saisis avec des pinces, je tirai avec précaution et retirai une longueur de 27 centimètres. Par l'ouverture de l'hymen sortit doucement un liquide jaunâtre, sale et filamenteux : en l'examinant de près, on voyait une multitude de petites vésicules en rameaux ou distinctes, les plus grandes du volume d'un petit pois.

La membrane des vésicules était très friable. Leur couleur était jaune pâle. La mère nous confessa qu'avant notre arrivée, après avoir retiré l'éponge préparée, il apparut à la vulve un corps étranger ; elle tira dessus mais ne put empêcher qu'il se rompit, et ne retrouva pas le morceau arraché.

Je ne doutai pas qu'il s'agissait d'échinococcus. Le professeur d'anatomie-pathologique, M. Brodowchi, ayant examiné un morceau que je lui envoyai, fut de mon avis.

Après cette évacuation, l'utérus se rétracta et la tumeur au-dessus de la symphyse disparut.

Au lieu de la matité antérieure, on constate une percussion normale à ce niveau et du tympanisme.

Le toucher rectal démontre que la tumeur, grosse comme le poing auparavant, s'est réduite au volume d'une noix et est mobile.

Le toucher vaginal fait avec précaution à travers l'hymen permit de constater que l'orifice utérin était si largement ouvert qu'on pouvait y introduire l'extrémité du doigt.

Les nausées et vomissements cessèrent. De temps en temps encore elle ressentit de légères douleurs lombaires.

5 jours après avoir évacué le tœnia, apparut dans les parties sexuelles un abondant flux muqueux, légèrement teinté de sang qui cessa par quelques injections.

Après quelques mois, la malade fut complètement guérie.

J'ai communiqué ce cas à la Warschauer medicinischen Gesellschaft, le 1<sup>er</sup> mai 1878.

Je ne l'ai pas publié avant voulant suivre la malade.

Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

En juillet de cette année, elle fut réglée pour la première fois.

**Obs. IV.** — FREUND. *Tageblatt der Baden-Badener Naturf. Versamml.*, p. 6-7, in SCHROEDER, *Mal. des org. génit. de la femme*. Traduction française par LAUWERS et HERTOEGHE, 1886, p. 340.

Freund a observé des échinocoques qui s'étaient développés dans la paroi postérieure de l'utérus : il fit l'incision de cette paroi par le vagin. Plus tard des échinocoques se développèrent dans le tissu cellulaire du bassin et perforèrent le rectum et la vessie.

**Obs. V** (résumée). — PÉAN et SECHEYRON. Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *Archives de Tocologie*, Paris, 1887, t. XIV, p. 1000).

Femme de 54 ans, réglée à 13 ans ; menstruation régulière, d'une durée de 3 jours. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis 8 mois ménopause ; il y a 4 ans, constipation, difficulté de la miction, polyurie ; depuis, les troubles ont été en augmentant et le ventre a augmenté de volume.

Il y a 5 mois elle est tombée sur le sein et actuellement elle porte une tumeur du volume d'une noix, présentant des caractères de malignité : peau d'orange, coloration violacée, consistance dure, squirrheuse sans rétraction du mamelon.

La tumeur abdominale détermine des douleurs intenses et de la rétention d'urine. Depuis un certain temps, la miction n'est même plus possible, et elle est obligée de se faire sonder.

Palper abdominal : présence d'un corps volumineux, tête de fœtus à terme, irrégulièrement bosselé, plutôt liquide que solide, et développé, selon toute apparence, dans les parois de l'utérus et dans son fond.

Toucher vaginal : col petit, arrondi, ferme, relevé et légèrement porté en avant.

Cathétérisme : cavité utérine nullement agrandie.

Etat général assez satisfaisant.

*Opération* le 15 janvier. — Ouverture au bistouri du cul-de-sac antérieur et latéral droit ; ouverture du péritoine ; incisions latérales sur le col après avoir eu soin de faire l'hémostase au moyen de nos pinces.

Nous tombons sur une tumeur molle, fluctuante, reconnaissable à la couleur blanchâtre de son enveloppe, tout à fait analogue à celle des kystes hydatiques. Nous incisons cette poche avec le bistouri, et il en sort un liquide que nous n'avons pu recueillir, mais semblable à celui des kystes hydatiques. Une fois vidée, nous saisissons la poche avec de longues pinces et nous en faisons l'extraction.

Hémostase complète. Pinces à demeure laissées 24 heures. Eponges iodoformées laissées 4 jours. Guérison complète au 12<sup>e</sup> jour.

*Examen histologique* par M. Brault, médecin des hôpitaux.

La membrane a la structure des poches hydatiques, c'est-à-dire qu'elle est constituée par une série de lamelles amorphes, légèrement granuleuses, parallèles les unes aux autres et d'épaisseur variable. En aucun point on ne trouve d'élément cellulaire. Ce caractère négatif permet d'affirmer l'origine hydatique de la poche.

**Obs. VI.** — ALTORMYAN. Hydatid of uterus ; laparotomy ; recovery.

*The Lancet*, 1891, t. I, p. 769.

Femme de 35 ans, mariée à 15 ans. Sept ans plus tard elle eut un enfant.

Il y a 5 ans, elle s'est mariée une deuxième fois et, bientôt après, remarqua une tuméfaction dans la région iliaque gauche, du volume d'une petite orange. La tumeur augmenta lentement, mais continuellement sans causer aucune douleur, ni aucun trouble.

La menstruation est toujours régulière.

Elle fut d'abord examinée par moi en septembre 1890. Je trouvai une tumeur arrondie, du volume d'une tête, avec un contenu mou ; elle était très mobile et parfaitement mate à la percussion.

Le toucher rectal et vaginal ne révéla rien d'anormal.

L'examen bi-manuel ne permit de reconnaître aucune relation directe avec l'utérus.

Je ne revis la malade que le 10 janvier. La tumeur était deux fois plus grosse qu'en septembre ; douloureuse, moins mobile, et se rapprochant davantage de la ligne médiane. La malade était moins forte et présentait le facies ovarique.

Laparotomie : adhérences de la tumeur à la paroi, facilement dissociées. Ponction : écoulement d'un liquide jaune vif.

Le pédicule du kyste prenait naissance dans la substance de l'utérus.

Il fut extériorisé après ligature.

A l'examen, on constata que la paroi épaisse prenait naissance dans le fond de l'utérus, juste au-dessus de la trompe gauche. En dedans de cette capsule épaisse on trouva une membrane épaisse, homogène, élastique, the « ectocyst » ; en dedans de celle-ci existait une membrane plus fine, délicate, « l'endocyst », en dedans de laquelle on trouva une douzaine environ de kystes du volume d'une noix.

Au microscope, des fragments de kystes montrèrent les stries homogènes, laminées caractéristiques : crochets libres et bourgeons naissant de la membrane germinative.

Pas de fièvre. Guérison rapide.

**Obs. VII** (résumée). — BERGESIO. *Bolletino del Policlinico generale di Torino*, n° 6, 31 mars 1898, p. 76.

Femme de 44 ans, depuis deux ans elle s'est aperçue qu'elle perdait par les voies génitales des ovules blancs, pleins de liquide, dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'un haricot, les évacuations s'accompagnaient toujours de coliques pénibles. Elle avait des ménorrhagies, l'utérus était volumineux, mesurait 100 millimètres à l'hystéromètre ; le col était hyperplasié. Par un examen attentif on constata vraiment la sortie desdits ovules par l'orifice utérin, ovules qui furent reconnus macro et microscopiquement pour des kystes échinococciques. On n'en trouva jamais dans les fèces.

On fit deux curettages, le second suivi d'amputation du col. L'évacuation d'ovules cessa et tous les troubles disparurent. La malade fut opérée en mars 1886 et en janvier 1898 la guérison persistait. Le développement et la production d'échinocoques s'étaient faits directement dans l'utérus.

L'utérus était mobile complètement et l'auteur exclut toute idée de lésion secondaire.

**Obs. VIII.** — KOUZMINA. Echinocoques de l'utérus. *Kyurgia*, t. XIII, 1903, p. 678.

Femme de 21 ans, entrée le 12 novembre 1902 se plaignant d'un ballonnement du ventre qui persiste depuis le dernier accouchement survenu le 25 septembre 1902. Celui-ci avait duré si longtemps qu'une intervention avait été nécessaire. Après l'accouchement l'utérus était resté gros ; le 6<sup>e</sup> jour le Dr Sokolow retira un corps fibreux intra-cavitaire. La malade quitta la Maternité le 10 octobre avec un état général satisfaisant, mais il persistait une tuméfaction adhérente à l'utérus.

A son entrée à l'hôpital on trouve une tumeur pelvienne remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, constituée par l'utérus augmenté de volume surtout aux dépens de ses parois gauche et postérieure épaissies.

Les annexes sont normales.

L'utérus mesure 8 à 13 centimètres vers la corne gauche.

Les antécédents de la malade sont les suivants : elle a été réglée à 16 ans ; toujours régulièrement depuis. Elle a eu 3 grossesses normales, la deuxième il y a 2 ans. Lors de cette dernière grossesse la malade avait déjà remarqué la présence de cette tumeur utérine au niveau du creux épigastrique ; mais après l'accouchement la tumeur était descendue avec l'utérus. Puis survint la 3<sup>e</sup> grossesse qui se termina par une fausse couche au 7<sup>e</sup> mois.

*Opération le 20 novembre 1902.* — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve une tumeur pelvienne adhérente à la paroi gauche et postérieure ainsi qu'au fond de l'utérus. Les annexes gauches adhèrent intimement à la tumeur. Les annexes droites sont plus libres. Les ovaires présentent chacun 2 ou 3 kystes dont le volume varie d'un grain de chènevis à un haricot. Le péritoine pelvien est sain ; celui qui recouvre le fond et la paroi postérieure de la tumeur utérine est hyperémié. On fait l'hystérectomie sus-vaginale.

La tumeur utérine prise pour un fibrome était formée par une cavité à parois musculaires assez épaisses (5 cm.) remplie de formations kystiques de la grosseur d'un haricot à un œuf de pigeon et davantage, au nombre de 25 à 80.

L'examen microscopique de ces vésicules fait dans le laboratoire du Dr Kouchew révéla la présence d'échinocoques et de nombreux crochets.

Il ne semblait pas exister de kystes dans les autres organes (foie, plèvre, péritoine, anses intestinales, mésentère). Aussi peut-on penser à une localisation primitive de l'échinocoque.

Les suites opératoires ont été normales. Réunion par première intention. La malade quitte l'hôpital le quinzième jour.

## 2<sup>o</sup> Kystes secondaires.

**Obs. I.** — « BEIGEL trouva lors d'une autopsie, à côté d'échinocoques isolés, trois vésicules mères à l'intérieur de la cavité utérine » (in SCHRÖDER).

**Obs. II.** — LAENNEC. *Mémoires de la Société de la Faculté de Médecine de Paris*, t. I et unique, commencé en 1805. Bibliothèque nationale (réserve), t. 227-46. — Mémoire sur les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain, lu à la séance du 26 Pluviôse an II, p. 1804, par THÉOPHILE LAENNEC (associé adjoint).

Femme morte dans l'un des hôpitaux de Paris : trois kystes remplis de vers vésiculaires ; l'un dans le lobe droit du foie ; le second dans le

tissu cellulaire qui sépare le péritoine des muscles de la partie antérieure de l'abdomen, et le troisième dans la matrice.

Les deux premiers étaient du volume d'une tête de fœtus à terme ; « La matrice contenait dans ses parois trois kystes ayant chacun la grosseur d'une pomme et, du reste, semblables au précédent. »

**Obs. III.** — FERRANT. Hydatides de l'utérus, du corps thyroïde, etc. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. 36, 1861, p. 241.

P... Marie, âgée de 48 ans, couturière, est entrée à la Pitié le 29 mai 1861, salle Saint-Charles, n° 15, service de M. le Dr Marrotte.

Cette femme est d'une constitution sèche, maigre et pâle ; elle se plaint d'être malade depuis longtemps et accuse tous les signes généraux de la tuberculisation. L'auscultation d'ailleurs révèle un commencement d'excavation déjà fort sensible dans le sommet de chaque poumon.

Elle porte de plus un goître composé de deux tumeurs arrondies : l'une, à droite, a presque le volume du poing ; l'autre est un peu moins volumineuse.

Ces deux tumeurs, parfaitement arrondies occupent, les deux côtés du larynx, dont elles suivent les mouvements dans l'acte de la déglutition. Elles sont juxtaposées sur la ligne médiane, mais paraissent indépendantes. La peau qui les recouvre est normale, un peu mobile à leur surface ; elles-mêmes sont mobiles sur les parties profondes ; leur consistance est considérable et n'indique pas la présence d'un liquide, mais plutôt une hypertrophie ou un kyste à parois dures, épaissies et tendues sur son contenu. Comme cette tumeur n'occasionne qu'une gêne mécanique modérée, la malade n'a jamais sollicité d'intervention chirurgicale. La respiration elle-même n'est pas notablement entravée.

Le 4 juin, cinq jours après son entrée, la malade meurt subitement.

AUTOPSIE. — 30 heures après la mort.

On trouve des tubercules au sommet des deux poumons, deux poches remplies d'hydatides dans le foie.

L'utérus est aussi le siège d'altérations curieuses : de son fond part un pédicule tapissé par le péritoine, et qui après 2 centimètres de longueur au plus, se termine par une tumeur arrondie, libre, recouverte par le péritoine lisse, et du volume d'un œuf de dinde. Celle-ci ouverte se divise en deux parties sur chaque surface de coupe. La moitié supérieure est une poche kystique qui renferme des hydatides en tout analogues par leurs variétés d'aspect à celles du foie, savoir, des vésicules parfaites et des paquets de débris membraneux. La moitié inférieure au milieu, d'une couche cellulo-fibreuse dense, montre un noyau de la dimension d'une pièce de 50 centimes au moins, noyau hémorrhagique, rougeâtre, à coupe lisse, et dans lequel le caillot accuse une tendance à l'organisation marquée par la séparation qui s'accomplissait entre les

éléments. Autour de l'utérus se voient encore deux petites tumeurs du volume d'un gros pois, blanches et exclusivement fibreuses. Une autre enfin, atteignant le volume d'un œuf de pigeon, a aussi l'aspect fibreux bien prononcé.

Le corps thyroïde présente deux tumeurs, dont la nature hydatique fut contrôlée à l'aide du microscope, d'abord par M. Luys puis par M. Ch. Robin.

**Obs. IV.** — KUCHENMEISTER, in BIRCH-HIRSCHFELD. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Leipzig, 1877, p. 1156 (cité par PORAK).

**AUTOPSIE.** — Cavité péritonéale remplie de nombreux kystes d'échinocoques. L'un d'eux était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit par atrophie la paroi utérine à une mince lamelle, et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait l'obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rupture sous-séreuse de l'utérus, consécutive à une intervention obstétricale difficile.

**Obs. V.** — GUNZBURG (de Charkow). Tumeur à échinocoques de l'utérus gravide, perforation de la tête du fœtus avec cranioclasie. Guérison. *Med. Obosrenie*, n° 6, 1884. Analysé in *Deutsche Medizinische Zeitung*, 1884, n° 53 et in *Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 367.

Günzburg rapporte l'observation d'une femme qui vint le consulter pour la première fois au mois de février 1883. Depuis quelques mois, cette femme n'avait plus vu ses règles.

Le côté gauche du foie, augmenté de volume, ne pouvait être délimité, par la palpation, d'une tumeur qui descendait dans le petit bassin. Cette femme racontait en outre que neuf années auparavant elle avait été souffrante de la poitrine et que durant sa maladie, elle avait rendu des vésicules et des membranes blanchâtres.

M. Günzburg perdit la malade de vue jusqu'au 19 juillet de l'année dernière. Ce jour là il fut appelé auprès de la malade qui était en train d'accoucher. Le travail avait commencé la veille et se trouvait arrêté par un obstacle qui n'était autre qu'une tumeur arrondie siégeant sur le segment inférieur de l'utérus. La tête du fœtus était engagée dans le détroit inférieur. Une application de forceps n'aboutit point. Il fallut procéder à l'embryotomie. Après l'accouchement, la femme présenta les signes d'une endométrite. Elle garda le lit pendant trois semaines, durant lesquelles elle eut plusieurs pertes de sang par les organes génitaux avec expulsion de membranes blanches et d'une vésicule grosse comme un œuf de poule. Quelques semaines plus tard, elle fut prise de dyspnée et elle rendit en toussant quelques membranes blan-

ches, vésiculeuses. Par la palpation on constatait que le foie dépassait le rebord des fausses côtes de 11 centimètres; sa surface était inégale. A trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic se trouvait une tumeur et une autre qui se continuait avec l'utérus augmenté de volume. Dans la fosse sous-épineuse droite, on percevait de la matité, avec affaiblissement du murmure vésiculaire. L'examen histologique des membranes expectorées fournit la preuve qu'il s'agissait de vésicules hydatiques. Nul doute dès lors qu'on avait eu affaire à un kyste échinocoque de l'utérus, qui avait provoqué l'accouchement avant terme et qui avait agi comme cause de dystocie.

**Obs. VI** (résumée). — TISSIER ET DESFOSSES. Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture utérine au cours du travail. Mort. *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gynécol. de Paris*, 14 janvier 1897, p. 9.

Primipare de 36 ans. Soignée en 1879 pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu.

Devenue enceinte en mai dernier. Grossesse évolue sans complication jusqu'au 24 décembre. Ce jour là douleurs et vomissements; le lendemain le travail s'arrête. On la conduit à Saint-Louis le 26 : ventre très distendu, marronné de saillies nombreuses irrégulières, de consistance demi-dure. Par le toucher on reconnaît une tête élevée.

On fait deux applications de forceps sans succès, puis la version; l'enfant était mort.

Après la version la main introduite dans les voies génitales, traverse le vagin et pénètre dans une vaste cavité sans limites définies, hérissée d'une multitude de bosselures arrondies variant des dimensions d'une noix à celles d'une grosse pomme.

Ces tumeurs au nombre d'une quarantaine ou d'une cinquantaine, viennent partout remplir la main. En tournant les doigts en avant, la face postérieure de la paroi abdominale est directement sentie. Il existait une rupture utérine.

Une des tumeurs, attirée à la vulve et sectionnée après ligature du pédicule est incisée : son contenu, mollassé et visqueux, est composé d'un grand nombre de vésicules affaissées, avec très peu de liquide. Cet aspect caractéristique rapproché de la connaissance du kyste hédatique rompu 18 ans auparavant, fait porter le diagnostic de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale avec dégénérescence utérine et rupture de la matrice au cours du travail. La malade succomba avant qu'on ait eu le temps de faire la laparotomie. L'examen microscopique du contenu de la tumeur avait permis de voir des crochets en grand nombre.

AUTOPSIE. — Généralisation sur toute la surface péritonéale : tumeurs multiples du volume du poing, d'un abricot, d'une noix.

Le fond utérin est surmonté d'une tumeur kystique du volume d'une mandarine occupant la corne droite. Cette tumeur n'est point développée en plein muscle, mais siège dans la couche celluleuse sous-péritonéale ; une autre tumeur semblable occupe la face antérieure près de la jonction du corps et du col immédiatement derrière et un peu au-dessus de la vessie.

Il existe d'autres kystes dans le ligament large gauche, dans le cul-de-sac de Douglas, dans la fosse iliaque, dans le foie.

## CHAPITRE IV

### Kystes embryonnaires.

Nous décrirons sous ce nom des kystes dont la localisation est presque toujours constante au niveau des cornes utérines, sur les parois latérales et au niveau du fond de l'utérus.

Leur origine encore discutée aujourd'hui est loin d'être élucidée. Aussi préférons-nous les désigner sous un nom qui ne présume en rien de leur origine.

Les kystes embryonnaires étaient ignorés jusqu'à ces dernières années. Passés inaperçus ou inexpliqués jusqu'en 1884 ils furent à partir de 1890 l'objet de travaux allemands assez complets.

En 1884, Rieder, dans un travail sur les canaux de Gartner rapporte deux observations de kystes de l'utérus, mais n'ose pas encore en faire des kystes wolffiens.

Klein, en 1890, admet les kystes du canal de Wolff et leur reconnaît comme éléments de diagnostic : la structure de la paroi qui est constituée par une couche musculaire en dedans de laquelle se trouve une couche de tissu conjonctif doublée d'un épithélium cylindrique court déposé en une ou deux assises ;

La topographie ;

La disposition sinueuse suivant l'axe longitudinal de l'utérus.

Recklinghausen, en 1895, dans son mémoire sur les « Adénomyomes et les cystadénomes de l'utérus et des trompes », signale ces kystes en les considérant comme des adénomes kystiques et leur attribuant la même origine qu'aux adénomes des cornes utérines : le corps de Wolff.

Quatre théories à partir de cette époque se disputent l'explication de ces adénomyomes et de ces kystes.

Les uns à la suite de Chiari, Schauta admettent avec Gottschalk,

Opitz, Ribbert, Franqué l'origine inflammatoire et n'acceptent pas l'origine congénitale.

Les autres avec Pick, défendent la théorie de Recklinghausen et reconnaissent l'origine wolffienne, corps de Wolff pour Recklinghausen et Pick, canal de Wolff pour Amman.

Les derniers, avec Kossmann, attribuent à ces tumeurs une origine müllerienne et expliquent leur formation aux dépens des invaginations embryonnaires du canal de Müller.

Quelle que soit leur origine ces formations aboutissent à deux types différents de tumeurs : les premières sont pleines et constituent de véritables tumeurs ; les deuxièmes, plus rares, sont des kystes proprement dits.

Ces derniers seuls nous intéressent.

En France ces kystes sont peu connus. La thèse de Nedkow en 1897 signale les kystes wolffiens utérins. Ce travail, basé sur le mémoire de Recklinghausen n'apporte aucun fait nouveau. L'auteur se rallie à l'opinion de Recklinghausen.

Incidemment, en 1901, Mlle Cohn dans sa thèse sur « Les nodosités des cornes utérines », parle de la possibilité de kystes dans cette région.

L'étude des kystes utérins embryonnaires est donc encore inconnue en France.

Ayant eu l'occasion, dans le service de notre maître, M. le P<sup>r</sup> Terrier, d'en découvrir deux cas, c'est par l'analyse de ces deux observations que nous commencerons cette étude.

### Observation I (personnelle).

A. T..., âgée de 40 ans, entre à la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier, le 9 mars 1904 pour des ménorrhagies et des douleurs hypogastriques.

Réglée à 16 ans pour la première fois, elle a toujours eu des règles normales, non douloureuses, durant environ 4 jours. Elle se marie à 17 ans et a un premier enfant à 18 ans. L'accouchement et les suites, ne présentèrent aucune particularité. A 30 ans elle est de nouveau enceinte, l'accouchement se fit normalement, mais l'enfant mourait au bout de dix jours. Depuis cette époque ses règles furent toujours normales, accompagnées cependant de légères douleurs. Elle com-

mença aussi à perdre un peu en blanc. A part les deux grossesses signalées, aucune fausse couche.

En mai 1902, A. T... commence à ressentir surtout après une longue marche quelques élancements dans la fosse iliaque droite s'irradiant dans la cuisse. Les règles avancent de 4 à 5 jours ; elles sont précédées

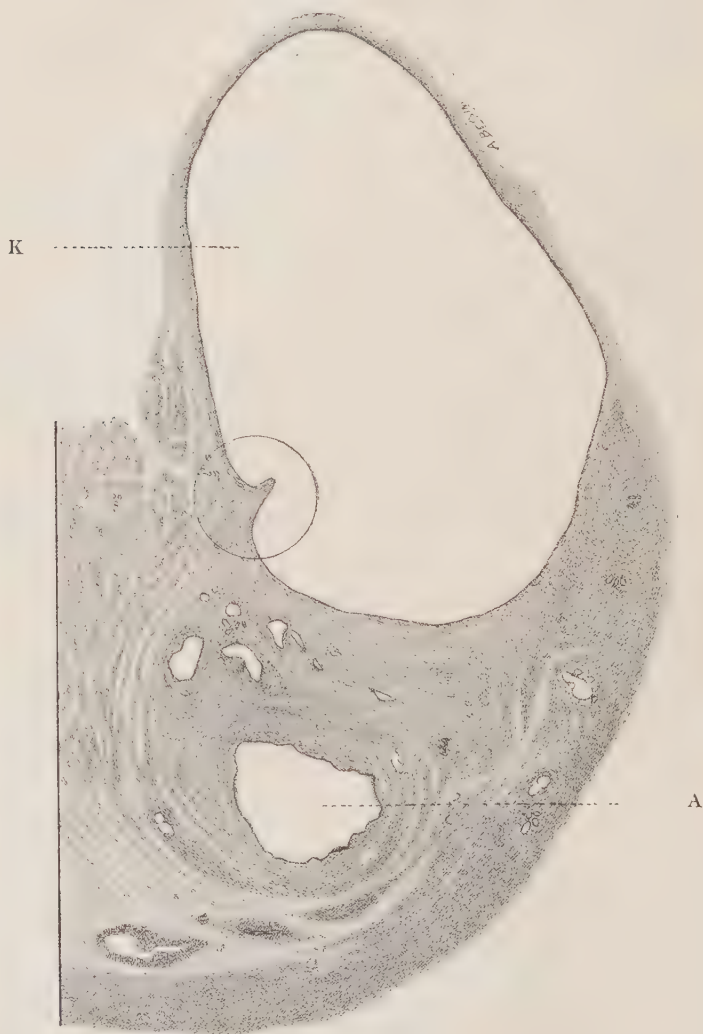


FIG. 7. — Coupe d'ensemble du kyste et de la corne utérine.  
A, lumière de la trompe. — K, lumière du kyste avec une papille faisant saillie. Entre les deux on voit légèrement à gauche de petits canalicules juxta-tubaires.

d'une sensation de pesanteur et de tiraillements dans le bas-ventre surtout à droite ; ces douleurs persistent pendant le premier jour de la période menstruelle ; en même temps les mictions sont fréquentes, peu abondantes, douloureuses.

Cet état resta stationnaire pendant six semaines environ, puis brusquement les douleurs devinrent plus intenses, la fièvre apparut accompagnant une constipation tenace et une rétention d'urine complète.

Le Dr B..., qui fut appelé à ce moment diagnostiqua une pelvi-



FIG. 8. — Coupe isolée de la papille de la figure 7.

péritonite. Les symptômes restèrent graves pendant huit jours, puis s'amendèrent peu à peu. Sept semaines plus tard la malade se levait.

La menstruation redevint normale. Mais la malade souffrait toujours pendant cette période de légères douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, avec irradiations dans l'aîne, le long de la cuisse, et quelquefois jusque dans la région lombaire. Dans l'intervalle des règles, à moins de fatigues tout disparaissait, sauf cependant les troubles de la miction déjà signalés.

Il y a 4 mois, en décembre 1903, à la suite de fatigues, les douleurs apparurent de nouveau, très intenses, et sans répit. Elles ont toujours la même localisation. Elles sont sourdes, continues, avec des paroxysmes très fréquents surtout au moment des règles qui s'accompagnent de caillots noirâtres. Pas de pertes blanches, mais de temps à autre les troubles habituels de la miction font place à une rétention d'urine complète.

C'est cet ensemble de symptômes qu'elle présente lors de son entrée à l'hôpital.

La palpation abdominale détermine une légère douleur dans les fosses iliaques surtout à gauche, mais ne donne aucune sensation bien nette.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus est normal.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une masse du volume d'une mandarine, très mobile, peu douloureuse, séparée par un sillon très net de l'utérus.

Dans le cul-de-sac droit on sent un empâtement diffus constitué probablement par les annexes atteintes d'inflammation chronique.

*Diagnostic* : Double hydrosalpinx.

*Opération* le 12 mars 1904, par M. le professeur Terrier, aidé de M. Gosset, agrégé. Hystérectomie abdominale sus-vaginale, sans drainage. Guérison. Sortie 21 jours après.

*Examen des pièces.* — L'ovaire était sain ; la trompe du même côté était distendue dans son tiers externe formant un kyste du volume d'une orange, à paroi mince permettant de distinguer un contenu liquide, translucide.

La trompe gauche formait également par son extrémité externe un gros kyste séreux, deux fois plus gros que celui du côté droit. L'ovaire est sain comme du côté opposé.

L'utérus, de volume normal, présente au niveau du fond, près de l'angle tubaire gauche, un kyste du volume d'un gros pois faisant saillie sous le revêtement péritonéal.

Le kyste paraissait se trouver directement sous le péritoine ou tout au moins recouvert d'une membrane très mince. Il faisait saillie sous forme d'une demi-circonférence, la moitié opposée se trouvant comprise en plein parenchyme utérin. Par la pression on déprimait légèrement la paroi. Il contenait un liquide citrin, analogue à celui que renfermaient les deux trompes kystiques.

L'examen histologique des pièces, fait très obligeamment par notre collègue et ami Lecène, a fourni les renseignements suivants :

Sur une coupe d'ensemble du kyste et de la corne utérine (fig. 7), on voit :

1° En bas, en A, la lumière de la trompe coupée dans sa portion interstitielle et entourée de fibres musculaires ;

2° Tout autour d'elle, se montrent disséminés dans l'épaisseur

du muscle utérin, des canalicules, constitués par de petits tubes pelotonnés à épithélium cylindrique cilié ;

3° Enfin en haut, en K, la lumière du kyste qui est tapissé par un épithélium cylindrique, cilié en quelques points ; on voit faisant saillie à l'intérieur du kyste une frange ou papille recouverte par le même épithélium, bien visible sur la figure 8 qui en représente une coupe isolée.

Il semble que le kyste soit formé par la dilatation kystique d'un des canalicules juxta-tubaires.

### Observation II (personnelle).

Marie C..., âgée de 42 ans, entre le 20 avril 1904, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier pour douleurs abdominales durant depuis deux mois.

Les antécédents personnels de la malade ne présentent rien de particulier. Elle a toujours eu des règles normales, peu abondantes, non douloureuses, durant 5 à 6 jours.

A 18 ans elle a eu une grossesse normale. L'accouchement n'a présenté aucune particularité.

Toujours bien portante, elle n'a jamais fait de fausse couche, n'a jamais eu de pertes blanches, ni présenté de phénomènes anormaux du côté de la vessie et du rectum, pas plus que du côté des voies digestives.

Depuis deux mois seulement elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire, principalement au moment des règles. Ces douleurs siègent dans toute la partie inférieure de l'abdomen sans localisation précise ; elle présente de nombreuses irradiations, particulièrement dans la cuisse droite.

En même temps elle a remarqué que son ventre avait augmenté de volume, et elle a senti une tumeur.

A l'inspection on constate que le ventre est gros, mais il faut faire la part de la paroi qui est très grasse. Pas de circulation collatérale.

Par le palper on sent dans l'hypogastre sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, peu douloureuse à la pression et mobile latéralement.

Le toucher vaginal permet de constater que le col est petit, effacé, regardant à gauche. Le corps est dévié à droite de la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; il est mobile.

A gauche de l'utérus, nettement séparé de lui, on sent une masse globuleuse, arrondie, mobile, dont la limite supérieure remonte jusqu'à l'ombilic.

A droite on sent une petite tumeur, non douloureuse, assez mobile.

Diagnostic : double kyste du ligament large.

Opération le 27 avril 1904 par M. le professeur Terrier, aidé de M. Gosset, agrégé.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Position inclinée.

A gauche : kyste du ligament large du volume de deux poings repoussant l'utérus à droite.

Utérus légèrement augmenté de volume.

Section du ligament large gauche, tout contre l'utérus.

Section du ligament rond.

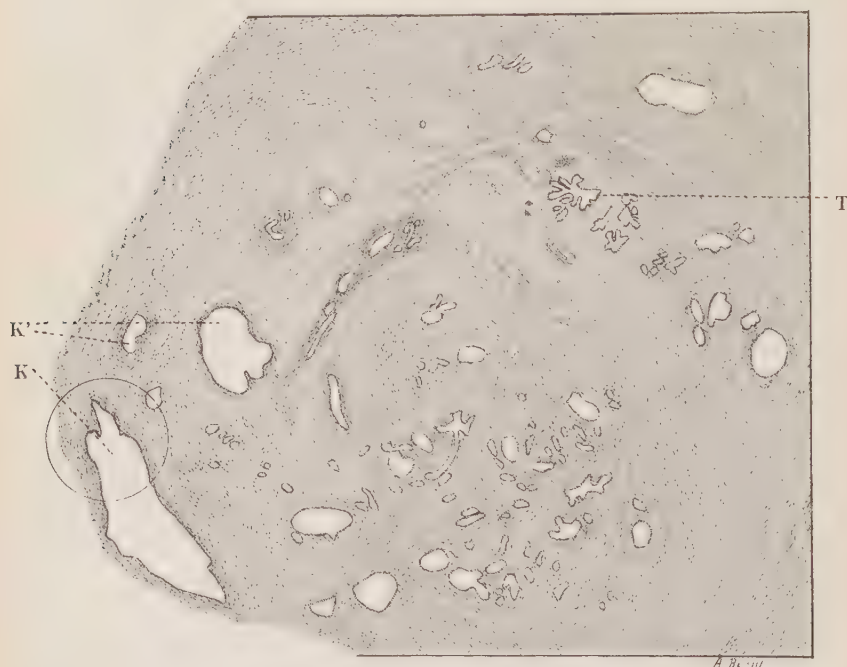


FIG. 9. — Coupe d'ensemble du kyste et de la corne utérine. — T, lumière de la trompe. — K, lumière du kyste. — K', autres dilatactions kystiques.

On cherche à énucléer le kyste, mais étant donnés son volume et son adhérence on le ponctionne ; on retire 400 grammes de liquide séro-hématique.

On va à la découverte du pédicule utéro-ovarien qui est enfoui dans le méso-côlon iliaque.

Puis amputation sus-vaginale de l'utérus de gauche à droite (procédé américain).

Énucléation de bas en haut des annexes du côté droit.

Evidement du moignon après cautérisation.

Ligature des pédicules vasculaires à la soie.

Surjet péritonéal.

Appendicectomie, l'appendice étant gros, long et paraissant enflammé.

Surjet péritonéal et aponévrotique au catgut.

Crins pour la peau.

Drainage. Guérison en 21 jours.



FIG. 10. — Coupe isolée d'un fragment de la paroi du kyste K de la figure 9.

*Examen des pièces.* — A gauche : kyste intra-ligamentaire, du volume des deux poings.

A droite : kyste plus petit.

Le contenu de ces kystes était séro-hématique.

L'utérus légèrement augmenté de volume présentait au niveau de la corne gauche un petit kyste de volume d'un pois saillant sous le péritoine.

Ce kyste présentait un aspect analogue aux kystes intra-ligamentaires : il était noir verdâtre et son contenu était également séro-hématique.

La disposition des éléments est en tous points comparable à celle du cas précédent.

On trouve sur des coupes d'ensemble (fig. 9) :

1° La trompe dans sa portion interstitielle (T) ;

2° Des débris juxta-épithéliaux disséminés en très grand nombre dans le muscle utérin et revêtus sur leur face interne d'un épithélium cylindrique cilié. En K', ces débris constituent déjà de véritables petits kystes ;

3° Le kyste qui faisait saillie sous le péritoine, possédant aussi un revêtement épithélial cylindrique, cilié en quelques points et présentant quelques légères irrégularités de la paroi plus appréciables à un plus fort grossissement (fig. 10).

En somme il semble s'agir ici du même processus : dilatation kystique plus considérable d'un des débris juxta-tubaires dont les kystes K' semblent être des états intermédiaires.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes embryonnaires de l'utérus se présentent le plus souvent au niveau des cornes utérines, en plein tissu musculaire ou saillant sous le péritoine. Mais on peut les observer en tout autre point de la matrice : sur les bords de l'utérus (G. Klein), sur la lèvre postérieure du col (Baraban et Vautrin). Ces localisations sont à la vérité très rares.

Le kyste siège tantôt à droite, tantôt à gauche, sans relation aucune par conséquent avec la persistance plus fréquente du canal de Wolff du côté droit.

Il est inclus en plein parenchyme utérin, loin de la muqueuse formant une véritable cavité close.

Le volume de ces kystes est généralement peu considérable. Ils ont les dimensions d'un gros pois, d'une noisette, mais ils peuvent être plus volumineux. Ainsi dans le cas de Klein nous assistons à une véritable dilatation kystique du canal de Wolff droit sur toute la hauteur de l'utérus, depuis le fond jusqu'à 1 cm.3 au-dessous de l'orifice externe de l'utérus. Dans le cas de Stuller le kyste pesait 2.770 grammes.

Ils peuvent se présenter isolés ou au contraire en nombre plus ou moins considérable.

Leur forme est suivant leur siège arrondie, allongée horizontalement, ou en fuseau dans le sens vertical, parfois arrondie, bosselée comme dans le cas de Stuffer (1). Leur paroi est plus ou moins mince suivant que le kyste est plus ou moins profond et fait corps avec le parenchyme utérin.

Leur contenu est séreux, citrin (obs. pers. I), floconneux (Recklinghausen); quelquefois séro-hématique (obs. pers. II).

Ces kystes coexistent toujours avec d'autres lésions de l'appareil génital. Dans nos deux observations personnelles, on était intervenu pour double salpingite et double kyste du ligament large. Reckling-

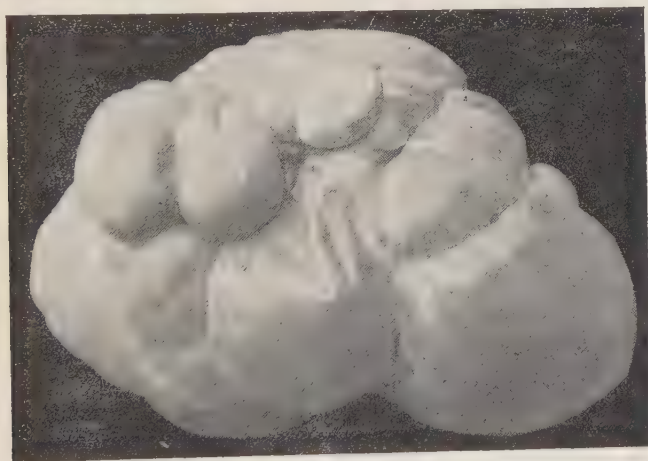


FIG. 11. — Kyste de l'utérus enlevé par la laparotomie (STUFFER).

hausen signale aussi la coexistence des kystes du ligament large; Blount de kystes des trompes et des ovaires.

Enfin on observe souvent un prolongement dans la substance utérine représentant le canal de Gartner lui-même.

*Examen microscopique.* — Le kyste est tapissé sur sa face interne par un épithélium cylindrique, cilié ou non suivant que les cils sont

(1) Nous tenons à remercier M. le Dr Stuffer (de Modena) qui nous a très obligeamment envoyé en même temps que son observation la photographie du kyste et ses coupes histologiques que nous nous faisons un plaisir de reproduire.

restés en place ou se sont détachés (V. fig. 8 et 10). Ailleurs la couche épithéliale est formée de cellules disposées en une ou plusieurs couches sans cils (V. fig. 12). En certains points on constate la présence de franges recouvertes par le même épithélium.

Par sa face externe le kyste se confond intimement avec le parenchyme utérin et il est parfois difficile de retrouver une tunique musculaire propre.

Les petits kystes, dit Recklinghausen, sont entourés d'un tissu conjonctif cytogène, riche en cellules rondes et vaisseaux sanguins.

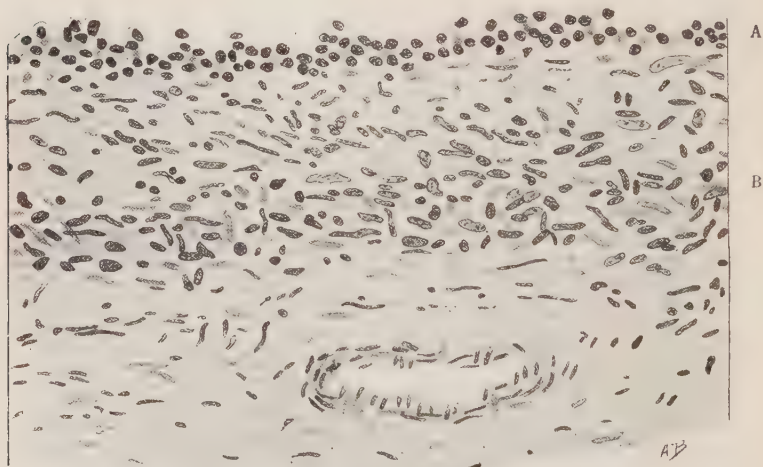


FIG. 12. — Paroi d'un kyste de l'utérus (STUFLER, obs. VI).  
A. Revêtement épithélial ; — B. Paroi kystique fibro-musculaire.

Ce tissu conjonctif est très lâche et présente très peu d'éléments fibreux. Dans les grands kystes le tissu conjonctif disparaît probablement, dit Recklinghausen, avec la transformation des ampoules en kystes.

Tout autour de ce kyste on trouve disséminés dans l'épaisseur du muscle utérin de petits tubes épithéliaux pelotonnés à épithélium cylindrique cilié. Ce sont les ampoules de Recklinghausen, les petits kystes en puissance qui n'attendent que le moment de se développer à leur tour.

Ces kystes sont des tumeurs bénignes. On peut cependant leur

voir subir la dégénérescence maligne. L'observation de Tédénat en est un exemple.

Disons enfin qu'ils doivent probablement être le stade initial de ces volumineux kystes que nous trouvons disséminés dans la littérature et qu'à défaut de renseignements précis sur leur structure nous avons été obligé de ranger parmi les kystes dits séreux.

**Pathogénie.** — L'interprétation de ces kystes est loin d'être encore élucidée.

Recklinghausen a décrit au niveau des cornes utérines deux ordres de tumeurs : les adénomyomes et les cystadénomyomes, les premiers étant des adénomes purs de l'utérus, les seconds des adénomes ayant subi l'évolution kystique.

Etant donnée leur définition, les adénomyomes utérins doivent nécessairement être constitués par l'hypertrophie et la néoformation de culs-de-sac et d'acini glandulaires. C'est de fait l'origine de l'adénome en général.

Cette interprétation appliquée à l'utérus a trouvé de nombreux défenseurs et constitue la première théorie pathogénique.

Mais en évoquant l'existence embryonnaire des canaux de Wolff et de Müller, Recklinghausen et Pik d'une part, Kossmann et R. Meyer d'autre part, ont pensé que les vestiges de ces canaux pouvaient jouer un rôle dans la formation des adénomyomes et des kystes utérins.

1° *Théorie inflammatoire.* — L'origine inflammatoire est pour la première fois signalée par Chiari (1) (1887) et soutenue l'année suivante par Schaüta (2).

Gottschalk en 1900 et Otto von Franqué en 1901 s'en font les défenseurs.

Ces auteurs admettent que la muqueuse enflammée prolifère et pousse des invaginations à travers les fibres musculaires ; grâce aux vaisseaux elles gagnent bientôt les portions les plus externes du

(1) CHIARI, Zur pathologischen Anatomie des Eileiters catarrhs. *Zeitsch. für Heilkunde*, 1887. Bd 8, p. 437.

(2) SCHAÜTA. Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. *Archiv für Gynäk.*, 1888. Bd 33, p. 27.

parenchyme et s'étalent sous la couche séreuse. La communication disparaît à son tour entre la lumière de la trompe et l'invagination glandulaire qui reste ainsi isolée constituant un nodule adénomateux prêt à évoluer vers la forme nodulaire ou vers la forme kystique. Dans quelques cas cependant la communication persisterait (Franqué).

Ces adénomes auraient donc un développement tardif et seraient liés à une inflammation chronique simple de la muqueuse (Franqué), ou à une inflammation d'origine blennorrhagique (Chiari, Schaùta), tuberculeuse (Bulius, Hegar).

2° *Théorie péritonéale.* — Avec Pick, R. Meyer, Blount pense que quelques kystes auraient pour origine une invagination fœtale de l'épithélium péritonéal. Pour expliquer la présence de l'épithélium cylindrique et des cils on a rappelé que l'épithélium péritonéal est cilié dans certaines espèces privées d'oviductes et même d'une façon transitoire chez les autres.

Von Brunn pense que la rapidité de la décomposition des cils explique la difficulté qu'on a à les observer sur le revêtement péritonéal. Cependant Paladino, Muscatello (*Virchow's Archiv*, 1895) auraient réussi, grâce à une technique spéciale, à les retrouver dans l'espèce humaine.

Dès lors on peut supposer qu'à l'occasion d'une poussée péritonéale, il puisse se produire des invaginations épithéliales dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui recouvre l'utérus. Ces invaginations par étranglement formeraient ensuite de petits kystes.

3° *Théorie wolffienne.* — Emise pour la première fois par Recklinghausen en 1896 l'hypothèse de l'origine wolffienne a trouvé d'ardents défenseurs, tels que Pick. Les adénomyomes auraient dès lors une origine embryonnaire, congénitale et naîtraient aux dépens des canalicules aberrants du corps de Wolff.

Simple hypothèse, cette théorie est étayée cependant sur quelques preuves dont la structure est la principale.

Recklinghausen aurait retrouvé dans ces adénomyomes des éléments analogues à ceux du corps de Wolff : c'est l'infundibulum glandulaire tapissé d'un épithélium cylindrique rappelant les cana-

licules du rein ; c'est le tissu cytogène situé entre les tubes ; ce sont les pseudo-glomérules situés au niveau des ampoules des canaux glandulaires et rappelant les glomérules de Malpighi ; c'est enfin la disposition et la division des tubes rappelant celle des tubes urinaires.

Quant à la formation des cystadénomes aux dépens de ces débris, Recklinghausen l'explique en invoquant la présence des pseudo-glomérules ; ces organes pourraient, grâce à une sécrétion active provoquer la formation des kystes ; il n'a cependant pas trouvé dans le contenu des kystes ni tumeurs, ni cristaux, ni éléments cellulaires.

A l'appui de sa théorie, Recklinghausen invoque encore le siège de ces kystes au niveau de la corne utérine, les rapports de celle-ci avec le corps de Wolff et la coexistence avec d'autres lésions congénitales de l'appareil génital.

En précisant davantage l'origine de ces tumeurs, Recklinghausen attribue au paroophoron les tumeurs de l'utérus, à l'époophoron celles des cornes utérines et des trompes.

4° *Théorie müllerienne.* — Kossmann en 1897 émit l'hypothèse que les adénomyomes et les cystadénomyomes utérins pouvaient avoir pour orifice des invaginations embryonnaires du canal de Müller.

Lockstaedt se rallia à cette théorie et ces auteurs démontrèrent que tous les caractères que Recklinghausen avait attribués aux tumeurs wolffiennes pouvaient se rapporter aussi aux tumeurs mülleriennes.

Kossmann et Lockstaedt invoquent en outre contre la théorie wolffienne la situation chez l'embryon du corps de Wolf à l'extrémité abdominale du canal de Müller et l'interposition entre la trompe et le corps de Wolf du canal de Wolf. Les débris du corps de Wolff n'ont en outre jamais été rencontrés dans l'utérus. Ils rejettent donc l'hypothèse de Recklinghausen n'admettant ni l'analogie des pseudo-glomérules avec les corpuscules de Malpighi, ni le tissu cytogène qui ferait toujours défaut.

Ils ne pensent pas non plus que l'absence de communication entre

les canaux glandulaires et la lumière de la trompe ait une valeur quelconque.

Pour eux et pour R. Meyer, les adénomes et les kystes naissent aux dépens des ramifications congénitales de la muqueuse qui s'enfonce à travers les fibres musculaires, de préférence au niveau du fond de l'utérus et dans la partie supérieure du corps, rarement dans le col et la partie inférieure du corps. L'absence de sous-muqueuse faciliterait ce processus.

Pour Baraban et Vautrin « il se produit parfois au niveau des plans de coalescence des deux canaux de Müller des inclusions partielles des parois de ces canaux qui demeurent dans le tissu utérin à l'état de vestiges silencieux, jusqu'à ce que les phénomènes congestifs ou irritatifs de la menstruation, de la grossesse ou de l'inflammation, les réveillent et les incitent à un accroissement tardif. Les éléments cellulaires retrouvent alors leur orientation et leurs formes primitives ; ils renaissent à la vie et amènent autour d'eux un travail de prolifération active de la part des tissus ambiants ».

5° *Théorie wolffienne canaliculaire.* — Se basant sur la situation, la direction et le trajet du canal de Wolff dont nous avons fait l'étude dans un précédent chapitre, Amman, rapporte au canal de Wolff lui-même, plus tard canal de Gärtner, l'origine des kystes intra et extra-utérins.

Il se constitue pour ainsi dire une cavité close, et sa sécrétion ne pouvant s'échapper, il est naturel, dit Merkel, qu'il se forme des kystes aux dépens de ces vestiges.

Les caractères anatomiques de la paroi qu'il décrit ne diffèrent en rien de ceux que décrivent les partisans de l'origine wolffienne proprement dite ou müllerienne : c'est le même épithélium cylindrique, cilié en une seule couche. Il signale aussi parfois la présence de végétations papillaires sur la surface interne.

Il est bien difficile à l'heure actuelle d'opter pour l'une ou l'autre de ces conceptions. Toutes offrent des caractères de probabilité. Aucune ne présente de sérieuses garanties.

A la théorie inflammatoire on peut objecter qu'on a vu des kystes

se développer avant toute manifestation pathologique de l'appareil génital et qu'on a constaté chez le fœtus et les nouveau-nés des culs-de-sac glandulaires aberrants sans aucune communication avec la lumière de la trompe ou de l'utérus.

A la théorie de Recklinghausen, Kossmann objecte que tous les signes décrits par les partisans de cette théorie peuvent aussi bien se rapporter aux kystes qui auraient pour origine le canal de Müller. Et Recklinghausen lui-même n'ajoute-t-il pas « que les canalicules des reins ne possèdent, du moins chez l'homme, dans aucune section et à aucune époque de la vie, un épithélium cylindrique aussi évident et avec cellules aussi hautes, qu'on les trouve en général dans les canaux collectifs et par place aussi sur le plancher des ampoules » ? Aux tubes de notre cystadénome manque, entièrement, dit-il, plus loin, la tunique propre des canalicules urinaires et des capsules de Bowman.

La théorie müllerienne s'appuie sur l'invagination des ramifications congénitales glandulaires. Or à l'orifice les canaux de Müller sont de simples tubes épithéliaux. Il n'existe pas de replis et les glandes elles-mêmes n'apparaissent comme, nous l'avons déjà vu, que tardivement, vers l'âge de 8 à 10 ans dans la muqueuse utérine et font complètement défaut dans la muqueuse tubaire. Ce simple fait embryologique suffit à ruiner la théorie qui s'appuie sur l'existence d'invaginations glandulaires congénitales.

Quant aux inclusions partielles des canaux de Müller (Baraban et Vautrin), c'est une supposition purement gratuite, qui n'est basée sur aucune donnée scientifique.

La théorie d'Amman, que nous avons désignée sous le nom de théorie wolffienne canaliculaire présente des garanties de probabilité plus sérieuses. C'est au canal de Wolff lui-même et non plus au corps de Wolff qu'Amman rapporte l'origine des kystes intra et extra-utérins. Cette théorie fondée sur la situation et le trajet du canal de Wolff nous paraît la plus probable.

Nous avons décrit au commencement de ce travail le trajet du canal de Wolff et ses vestiges chez l'adulte. Nous avons reconnu au niveau du col la présence de diverticules s'enfonçant dans le paren-

chyme utérin et les avons figurés d'après Maudach. Nous avons longuement étudié les débris embryonnaires wolffiens pour essayer de retrouver dans les kystes une structure rappelant de loin ces vestiges.

Nous avons enfin signalé, d'après Beigel et Klein, la présence au niveau des cornes utérines de petits diverticules du canal de Wolff que nous n'avons cependant pas pu retrouver avec notre ami Lecène à l'état normal chez l'enfant nouveau-né. Il n'en est pas moins vrai que nous ne pouvons mettre en doute l'opinion de Beigel et de Klein et devons accepter comme démontrée l'existence de ces diverticules analogues à ceux que Meyer, Gebhard et Maudach ont décrits au niveau du col.

Il nous semble possible dès lors d'attribuer à ces diverticules du canal de Wolff l'origine des kystes des cornes utérines et leur rareté à la très grande rareté de ces diverticules eux-mêmes. Ces kystes existeraient ainsi en puissance dans le parenchyme utérin et à l'occasion d'une poussée congestive ou inflammatoire de l'appareil génital, pourraient prendre un développement relatif.

Ainsi se trouveraient réunis dans une seule origine, *le canal de Wolff et ses diverticules*, les kystes de l'utérus à épithélium cylindrique cilié ou non. Ces kystes naîtraient tantôt du canal lui-même sur le flanc de l'utérus ou dans le parenchyme lui-même, tantôt des diverticules de l'angle utérin, tantôt enfin des diverticules du col.

**Étiologie.** — Les kystes embryonnaires, si on admet leur origine congénitale, doivent pouvoir se développer à tout âge de la femme et de fait l'observation de Klein nous prouve qu'ils peuvent exister dès la naissance.

Ayant refuté la théorie inflammatoire, nous ne limiterons pas leur apparition à l'âge sexuel de la femme sous la dépendance d'une inflammation chronique de la muqueuse ou de la séreuse, mais nous retiendrons l'inflammation comme cause occasionnelle, propre à exciter le développement d'un kyste qui siège à l'état latent.

Nous nous expliquons ainsi pourquoi ces kystes ne constituent pas en général une entité morbide isolée et se trouvent sous la dépendance de l'inflammation qui frappe les trompes (Obs. pers. I et II) ou l'utérus.

La véritable cause du développement de ces kystes est la présence dans le parenchyme utérin des débris épithéliaux dont nous avons longuement fait l'histoire.

**Étude clinique.** — L'étude clinique de ces tumeurs ne présente aucun intérêt. Ce sont des trouvailles opératoires ou d'autopsie dont l'intérêt est purement anatomo-pathologique et pathogénique.

R. Meyer a cité cependant la fréquence d'hémorrhagies abondantes qu'il rapporte aux lésions vasculaires concomitantes (artério-sclérose, dégénérescence graisseuse) et à l'augmentation de la tension sanguine.

Mais, en somme, ces kystes se développent d'une manière latente. Ils sont petits, ne déterminent aucune réaction de voisinage et passent la plupart du temps inaperçus.

S'ils sont plus volumineux, ils peuvent donner lieu à des signes de compression vésicale ou rectale suivant le siège et à un ensemble de signes physiques conduisant au diagnostic clinique de tumeur utérine, fluctuante.

Un diagnostic plus précis semble impossible. Nous verrons dans le chapitre suivant à propos des gros kystes, dits séreux, quelles sont les erreurs possibles. Ces kystes peuvent dégénérer ou récidiver sous forme de tumeurs malignes. Leur pronostic doit donc être assez réservé et leur marche entravée par l'acte opératoire si le diagnostic est posé. Du reste, la laparotomie sera faite le plus souvent avec le diagnostic de tumeur utérine ou même simplement de tumeur du petit bassin.

**Traitement.** — Amman signale la difficulté d'enucléer le kyste et l'obligation où on est quelquefois dans les cas où on l'aura tenté, de renoncer à enlever les parties profondes trop adhérentes. Dans ces cas il faudra toujours les abandonner et faire un drainage par la voie vaginale ou abdominale ou recourir à l'opération radicale : l'hystérectomie abdominale. C'est, croyons-nous, la meilleure solution qui non seulement met à l'abri des récidives ou des dégénérescences, mais prévient l'éclosion de nouveaux kystes formés aux dépens des débris juxta-tubaires que nous avons reconnus être de petits kystes en puissance, quelques-uns même des petits kystes en miniature.

**Obs. III.**— GUSTAVE KLEIN. Kystes du canal de Wolff droit. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn.*, 1890 et in thèse NEDKOW.

A l'autopsie d'un fœtus à terme, mort-né, et en apparence bien développé, on a trouvé comme accessoire, sous forme de tumeur, un large épaississement de tout le bord droit de l'utérus.

La tuméfaction était impossible à délimiter du côté du corps de l'utérus, mais elle siégeait dans la substance même de l'utérus, recouverte, comme ce dernier, par le péritoine. Le fond de l'utérus avait la forme d'une selle. Les ovaires et les trompes ne présentaient rien de particulier. Voici ce qu'on trouvait à la coupe des organes génitaux durcis, au préalable, à l'alcool.

Il y avait deux utérus et deux vagins, séparés par une cloison mince et continue sur toute la longueur. *Uterus spetus, vagina speta*. L'utérus était arqué. A côté de ces deux canaux complètement séparés, il y avait dans la paroi droite de l'utérus un troisième canal, qui commençait à 1/2 centimètre au-dessous du fond et qui s'étendait jusqu'à 1, 3 centimètre au-dessous de l'orifice externe de l'utérus. La cavité droite de l'utérus avait 3,9 centimètres de longueur (mesurée en ligne droite) et le troisième canal 4,7 centimètres de longueur. Le diamètre transversal de la lumière de l'utérus gauche mesurait 0,6 centimètres, celui de l'utérus droit 0,7 centimètres et celui du troisième canal 0,5 centimètres et en un endroit seulement, il mesurait 0,75 centimètres. Les deux cavités utérines, sans tenir compte du défaut de fusion, avaient le même aspect que l'utérus du nouveau-né. La portion était apparente, les culs-de-sac étaient formés. L'endroit de l'orifice interne n'était indiqué que par le niveau où se terminaient les plis du col, bien plus nombreux par rapport à ceux de la muqueuse du corps de l'utérus. Cette dernière n'en possédait que quelques-uns. Le vagin en était largement pourvu et présentait entre ses plis des excavations. Les plis de la muqueuse utérine se dirigeaient de haut en bas, et il en était de même de ceux du col.

L'aspect de la troisième cavité était complètement différent. Des crêtes nombreuses faisaient tellement saillie à l'intérieur de la lumière qu'elles simulaient un système de petites cavités, communiquant toutes entre, elles et qui, sur la coupe, paraissaient comme de véritables cloisons. On reconnaissait toutefois, par comparaison avec les parties correspondantes de l'autre moitié, que ce n'étaient que des crêtes et non pas des cloisons. L'aspect de cette cavité sinueuse rappelait celui du gros intestin. La surface des plis était complètement lisse. Point de contenu. Ce tableau n'était que l'expression d'un canal sinueux, situé dans la paroi latérale de l'utérus, qui, d'après l'examen macroscopique ne se laisse expliquer qu'en admettant qu'il ne s'agissait là que du canal de Wolff droit, qui aurait subi une dilatation kystique sur une grande partie de son étendue.

Puisqu'il est situé dans la musculature de l'utérus, il ne peut appartenir ni à l'ovaire, ni au parovarium. Toute idée d'une origine vaginale doit être écartée, par la raison que des kystes vaginaux peuvent occuper une étendue considérable et peuvent même arriver en haut tout près du col : mais ils ne peuvent pas arriver jusqu'à 1/2 centimètre au-dessous du fond de l'utérus, dans la couche musculaire.

D'ailleurs, topographiquement, on ne doit rapporter de pareils kystes vaginaux qu'au canal de Wolff. Lorsque les glandes du vagin sont normalement défaut, elles ne peuvent pas être rendues responsables des formations kystiques.

A l'examen macroscopique on n'a trouvé, ni dans l'utérus, ni dans le vagin, la moindre trace du canal de Wolff.

Les sinuosités concordent absolument avec ce que Dohrn, Beigel, Rieder, etc., rapportent sur la disposition normale du canal. Dans notre cas, la partie supérieure seulement (sur une longueur de 2 cent.) n'était pas sinueuse, mais elle était recourbée.

Une coupe, faite au niveau de la moitié antérieure et à 1 centimètre au-dessous du fond de l'utérus, et qui comprenait ainsi la moitié antérieure de toutes les trois cavités (2 utérus et 1 kyste) offrait ceci à étudier au microscope.

Dans une couche musculaire commune, où l'on ne distingue pas une division nette des fibres en longitudinales et circulaires, se trouvent les trois cavités et dans cet endroit la cavité kystique est un peu plus grande que la cavité utérine. Le kyste est tapissé à l'intérieur par une mince couche de tissu conjonctif, peu riche en noyaux. Ce tissu n'est pas nettement limité du côté de la lumière, mais il est un peu effiloché. Il paraît qu'il s'est produit là une desquamation du tissu. Il n'y a aucune trace d'épithélium. On trouve, au contraire, en certains endroits du tissu conjonctif, une faible quantité de détrit, munis de noyaux fins, dans lesquels (détrit) on ne peut pas démontrer la présence d'un élément quelconque. Peut-être il y avait là un épithélium qui se serait détruit après la mort, par macération, ainsi qu'une partie du tissu conjonctif sous-épithélial (l'autopsie n'a eu lieu que 12 heures après la naissance du fœtus, mort pendant l'accouchement). Du côté externe, on trouve, faisant suite au tissu conjonctif, une couche de fibres musculaires circulaires.

Les cavités utérines sont tapissées par une muqueuse, munie, par places seulement, d'un épithélium cylindrique d'une hauteur moyenne, et encore dépourvu de cils. En plusieurs endroits, cet épithélium manque. L'épithélium s'enfonce plus ou moins, en formant de petites invaginations et laisse voir ainsi le début de la glandulation. On y trouve par places des glandes peu profondes avec un cul-de-sac dilaté. Des invaginations épithéliales solides, comme par exemple dans les glandes sudoripares et mammaires, sont défaut. On n'y trouve que quelques invaginations sous forme de fossettes ou de tubes. Dans notre cas,

même les glandes épithéliales sont dépourvues de cils. La couche intraglandulaire des cellules arrondies n'est pas bien développée.

En résumé, l'examen microscopique au sujet de la formation du kyste aux dépens du canal de Wolff n'a pas la même valeur que l'examen macroscopique. Surtout la démonstration de l'épithélium cylindrique manque.

Nous n'avons pas pu trouver une raison pour expliquer la persistance et la dilatation kystique du canal de Wolff. S'il n'y avait qu'une cavité utérine seulement, alors celle-ci pouvait correspondre à l'un des canaux de Müller, et le kyste à l'autre, ce dernier développé d'une façon rudimentaire.

**Obs. IV.** — RECKLINGHAUSEN. Adénokystome de l'angle tubaire gauche. Petit adénomyome de la paroi ventrale de la corne de l'utérus. A gauche, kyste de l'époophoron et canal de Gärtner. *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwindung*, Strasbourg, 1896 et in thèse NEDKOW.

L... Puhl, 31 ans. Empoisonnement par le phosphore ; a accouché une seule fois il y a quelques années. Cicatrices de grossesse. Corps de l'utérus large et lisse ; longueur 50 millimètres ; largeur au niveau du fond, 60 millimètres. Epaisseur de la paroi utérine, à gauche 25 millimètres ; à droite 32 millimètres, parce qu'à ce dernier endroit, sur la paroi extérieure, existe une saillie aplatie. Longueur totale de l'utérus 80 millimètres. Orifice utérin largement béant ; un sillon longitudinal, au niveau du bord gauche du col, évidemment une déchirure cicatrisée, divise la paroi jusqu'au niveau de l'orifice interne de l'utérus.

A l'angle tubaire gauche, en arrière, petite saillie, compacte de la grosseur d'un pois. La séreuse, ici, comme dans les autres parties des organes génitaux est complètement lisse : la séreuse des ligaments larges porte de petits kystes. Ovaire gauche extraordinairement long, 45 millimètres sur 12 millimètres ; ovaire droit 31 millimètres sur 20 millimètres.

A gauche, à l'extrémité latérale du ligament large, fait saillie un kyste, gros comme une cerise (15 millim.) ; ce kyste fait saillie surtout à la paroi ventrale ; il est recouvert de chaque côté par la séreuse ; il est transparent et contient un liquide peu dense. Sur chacune des trompes, de chaque côté de leur partie médiane, existe un kyste milliaire séreux. Du côté droit on reconnaît facilement un parovarium peu considérable. Au fond, au-dessous du tubercule de l'angle tubaire gauche, la coupe laisse voir un kyste long de 5 millimètres et large de 4 millimètres situé horizontalement, c'est-à-dire parallèlement au rebord du sommet ; il laisse couler aussitôt son contenu floconneux et laisse voir également une face interne complètement lisse et portant, d'un côté seulement, une petite fossette. C'est pour cette raison qu'on

trouve encore, à l'examen microscopique, trois petits kystes, à côté du kyste constaté par l'examen macroscopique ; ces petits kystes communiquent en partie les uns avec les autres, mais on ne peut pas dire qu'ils communiquent aussi avec le gros kyste, si on s'en rapporte aux deux coupes présentes. Le revêtement épithélial de tous ces kystes est constitué par une couche de cellules cubiques, qui, dans les kystes secondaires, sont très basses, et même manquent par places, tandis que, dans le grand kyste primaire, elles sont plus hautes et portent des cils vibratiles évidents. On ne trouve une couche pariétale particulière sous-épithéliale que dans ce kyste seulement, c'est-à-dire une couche fibrillaire, à stries parallèles, assurément de nature musculaire. Les plus petits kystes apparaissent seulement comme des lacunes longitudinales, souvent sphériques, au niveau des trabécules des fibres musculaires de l'angle tubaire. Le kyste est à une distance de 25 millimètres de la trompe ; il est au milieu des fibres musculaires de l'utérus et à une certaine distance surtout de sa paroi musculaire, même dans sa partie la plus proche. Si, en effet, d'un côté ce kyste a pris naissance sans avoir présenté aucun rapport avec la trompe, de l'autre côté on ne trouve pas sur ces quelques coupes, ainsi qu'au voisinage de la trompe, de véritables glandes en tube et encore moins des groupes de faisceaux musculaires, qui auraient pu nous autoriser à penser à des myomes. On démontre toutefois la présence de deux tubes s'ouvrant dans les petits kystes, avec un épithélium cylindrique évident. Si je m'arrête ici en désignant ces petits kystes sous le nom de kystes ciliaires, alors la structure microscopique nous indiquera d'autant plus clairement, qu'on doit ranger ces kystes parmi les adénokystes, tandis que les petits foyers, on doit les rattacher aux adénomyomes.

Le gonflement plat, sus-mentionné, de la moitié droite de la paroi ventrale de l'utérus, dont le sommet est à une distance de 12 millimètres du rebord de l'utérus et de sa ligne médiane, paraît être formé, à la coupe, par une tumeur solide intra-murale (interstitielle), dont la coupe sagittale mesure 7 sur 5 et qui montre les caractères habituels du fibrome utérin. Bien que cette tumeur se distingue encore par la confusion de ces limites, elle est cependant recouverte, du côté de la face externe, ainsi que du côté de la muqueuse, d'une mince couche de substance utérine qui se laisse reconnaître facilement à sa consistance uniforme et faible, malgré l'absence d'une structure fasciculée. Les détails microscopiques de l'adénomyome se montrent d'une façon très évidente. Les parties principales de la tumeur, transparentes à l'examen microscopique, sont constituées par un tissu myomateux suffisamment dense, mais un peu pauvre en éléments cellulaires. Les figures ramifiées renferment des glandes en tube, et là où, à l'œil nu même, elles paraissent larges, un grand nombre d'elles, allongées, sont revêtues d'un épithélium cylindrique et placées dans un tissu conjonctif cytogène très développé.

Tandis qu'à la paroi cervicale droite, sur deux coupes transversales, en dedans de la musculature propre on ne trouve pas trace de glandes en tube, pas même d'un véritable canal de Gärtner, ou un faisceau fibrillaire relatif, on trouve au contraire, à gauche, au niveau de l'orifice interne de l'utérus, au milieu du tissu musculaire, un cordon de tissu conjonctif cytogène avec de petites glandes, et un peu plus loin, sur le bord externe, au milieu de gros tronc vasculaire, un cordon dont la coupe transversale renferme deux orifices munis d'une membrane épithéliale dont les cellules sont disposées en une seule couche et, à côté, une glande en tube, courte, avec un épithélium cylindrique. D'après sa situation et sa structure, ce cordon est un canal de Gärtner si, en tout cas, il ne s'agit pas d'un fragment de la muqueuse cervicale avec kystes, enfoncé dans la fissure cervicale.

**Obs. V** (résumée). — BARABAN et VAUTRIN. Tumeur fibro-kystique du col utérin d'origine congénitale. *Annales de gynécologie*, 1898, t. L, p. 41.

Femme de 53 ans. Tumeur du col utérin donnant lieu à de fréquentes hémorrhagies.

Mariée à 20 ans. Pas d'enfants. Ménopause à 50 ans.

Depuis 18 mois écoulement sanieux et fétide. Véritables hémorrhagies depuis un mois.

Tumeur piriforme de 10 centimètres de long, molle, d'aspect fongueux et saignant, présentant à son extrémité une plaque noirâtre et comme sphacélée, laissant filtrer une sanie purulente.

Elle s'insère sur la lèvre postérieure du col. Culs-de-sac normaux. Utérus paraît sain.

*Opération.* — Extirpation de la tumeur aux ciseaux, tant la production pathologique se confond avec le tissu sain sur lequel elle est implantée.

*Examen de la tumeur.* — Volume d'un œuf d'oie, ramollie au centre ; cavité irrégulière, à parois bosselées, anfractueuses et d'épaisseur fort variable selon les points. Couches les plus internes friables par places, plus denses et presque lisses, ailleurs.

Dans les produits de raclage on trouva des cellules volumineuses avec un ou plusieurs noyaux, puis des cellules cylindriques ciliées ou à plateau.

Des coupes pratiquées en différents points de la paroi et autant que possible perpendiculaires à icelle montrent qu'il ne s'agit pas d'un fibro-myome à centre ramolli. Mais au contraire d'un véritable kyste à paroi tapissée par un épithélium et plus ou moins modifiée par l'inflammation.

La face interne de la cavité, principalement dans les points d'aspect sarcomateux, est formée de gros bourgeons irréguliers, pressés les uns

contre les autres et séparés les uns des autres par des prolongements de l'épithélium de la surface.

Ceux-ci vont parfois très profondément, s'anastomosent entre eux, et tantôt se terminent en doigts de gant, tantôt aboutissent à des cavités plus ou moins arrondies dans lesquelles il y a du pus, du muco-pus ou simplement des détritux épithéliaux.

En outre, la paroi contient des formations épithéliales qui semblent n'avoir pas de communication avec la cavité principale.

D'une manière générale il s'agit d'épithélium cylindrique à une seule couche, mais il y a cependant de l'épithélium pavimenteux stratifié sur une portion assez restreinte de la cavité principale. En outre les cellules de l'épithélium cylindrique sont les unes caliciformes, les autres ciliées, d'autres enfin avec un plateau dépourvu de cils. Quelquefois, parmi les formations épithéliales sans communication apparente avec la cavité, toute la bordure épithéliale est ciliée ; le plus souvent il y a mélange des différents types et ce que l'on rencontre habituellement, ce sont des îlots de cellules ciliées au milieu de cellules cylindriques simples. Certaines cavités ou diverticules sont exclusivement tapissés par des éléments caliciformes remplis de mucus.

Quant au tissu qui supporte ces différents épithéliums, il est d'aspect variable. Sous l'épithélium de la cavité principale on observe des apparences folliculaires qui ressemblent singulièrement à des tubercules, en ce sens qu'on y remarque une cellule géante centrale avec son cortège habituel de cellules épithélioïdes à noyaux colorés ; plus profondément l'épithélium des diverticules repose tantôt sur du tissu fibreux riche en leucocytes ou en fibroblastes, tantôt sur du tissu conjonctif fibrillaire à peine enflammé. Quelques trainées de fibres lisses s'observent vers la face extérieure de la tumeur, mais n'y constituent pas une formation régulière et continue.

**Obs. VI.** — J. ROSENTHAL. *Cystis intramuralis uteri e canali Gärtneri. Endometritis polyposa.* « Kyste des parois utérines et du canal de Gärtner. Endométrite polypeuse » *Medycyna*, Varsovie, 1900, 22 avril (3 mai), n° 48, in *Revue de gynécologie*, n° 1, 1901, p. 139.

Il s'agit d'une nommée B. P... née à Varsovie, âgée de 20 ans, mariée depuis quatre ans ; elle est réglée depuis sa 13<sup>e</sup> année toutes les quatre semaines pendant 3 à 6 jours. La première année de mariage elle a eu un enfant, et il y a deux ans, une fausse couche. Il y a un an, la malade sentit dans la partie inférieure de l'abdomen une tumeur qui augmentait peu à peu. Il y a cinq mois, elle s'adressa à un médecin, qui fit le diagnostic de grossesse au huitième mois. L'accouchement ne s'annonçant pas, elle entra à l'hôpital le 9 octobre 1899.

La malade est bien constituée ; peu de tissu adipeux, le cœur et les

poumons n'offrent à l'examen aucun signe pathologique, constipation. L'abdomen a les mêmes dimensions qu'au neuvième mois d'une grossesse; il est élastique, donne de la matité à la percussion, sensation de fluctuation. Le col de l'utérus est assez long, repoussé en arrière. L'utérus est gros, repoussé à gauche et en avant par une tumeur élastique qui est mobile latéralement et en haut, et qui remplit la cavité abdominale, s'arrêtant à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde. On ne peut passer les doigts entre la tumeur et la paroi postérieure de la matrice. Le cul-de-sac postérieur est vide, dans celui du côté droit on sent la tumeur.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire droit, intraligamentaire.

Le 13 novembre 1899 on fait la laparotomie : une incision longue de 10 centimètres est faite dans la ligne blanche ; ouverture de la paroi abdominale et du péritoine. On aperçoit alors un kyste adhérent à l'épiploon et à l'intestin. La paroi droite du kyste se perd dans le petit bassin et présente des adhérences intimes avec la paroi postérieure et le bord droit de l'utérus. La tumeur n'a été extirpée que partiellement à cause des adhérences. La malade est morte 34 heures après l'opération.

L'AUTOPSIE et l'examen microscopique ont offert les particularités suivantes :

La paroi du kyste extirpé, assez épaisse, à surface interne lisse, était recouverte d'un épithélium cylindrique, privé de cils (peut-être à cause de la macération pendant vingt-quatre heures dans le liquide). La paroi est formée exclusivement de tissu conjonctif.

Du côté des annexes gauches la trompe est normale, l'ovaire est kystique, de la dimension d'une prune. La moitié gauche de l'utérus a les dimensions normales, la moitié droite est grossie dans la coupe transversale et adhérente à la paroi du kyste, dont une partie y est demeurée après l'opération. La paroi du kyste est donc extrêmement étendue, et ce dernier paraît formé aux dépens des canaux de Gärtner.

La muqueuse utérine présente l'aspect de l'endométrite polypeuse.

Diagnostic anatomique : « Cystis intramuralis uteri e canali Gärtneri ».

**Obs. VII** (résumée). — TÉDENAT. Kyste papillaire de l'ovaire avec prolongement canaliculé dans la paroi utérine. Extirpation du kyste. Amputation du corps de l'utérus. Récidive un an plus tard. Mort 17 mois après l'opération. — In thèse de NEDKOW.

Femme de 45 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée régulièrement. Trois accouchements normaux (22 ans, 26 ans, 33 ans).

En janvier 1887 hémorragies avec quelques caillots pendant 10 jours. En février, mars, avril les règles sont plus abondantes qu'à l'ordinaire et durent pendant 8 à 10 jours. De plus, la malade éprouve une pesan-

teur dans le ventre, qui augmente de volume. Des injections chaudes ne changent rien ; les accidents ménorrhagiques, sans pertes intermenstruelles continuent en mai, juin, juillet, août, sans que l'hémorrhagie ait une abondance dangereuse ; mais le ventre augmente de volume. En septembre, le Dr Péliissier, consulté, constate l'existence d'une tumeur qui lui paraît dépendre de l'utérus. Il conseille des injections chaudes, une potion à l'ergotine à la fin des règles.

Les accidents continuent : vagues douleurs, règles prolongées (8 à 10 jours). La malade consulte M. Tédénat le 10 octobre 1887.

Santé générale satisfaisante, sauf une anémie d'ailleurs peu marquée. Rien à noter du côté des organes thoraciques. Appétit conservé, selles quotidiennes.

Tumeur remontant à l'ombilic et déjetée un peu à droite de la ligne médiane.

L'exploration combinée montre que la tumeur est placée en avant de l'utérus, mis en rétroversion et refoulée à gauche. La tumeur est tendue, fluctuante, profondément perceptible au doigt dans le cul-de-sac droit. Elle est indépendante de l'utérus, mais paraît avoir des rapports de contiguïté avec lui. M. Tédénat croit à un kyste de l'ovaire droit, inclus dans le ligament large. Il surveille l'opération, qui est pratiquée le 5 novembre, trois jours après la fin des règles, qui ont eu une durée de sept jours.

*Opération le 5 novembre 1887.* — Tumeur dans le ligament large. Ponction donnant 5 litres de liquide brunâtre, peu visqueux. Extirpation de la poche entre deux grandes pinces. On voit alors la poche kystique envoyer un prolongement moniliforme qui pénètre dans l'utérus à 2 centimètres au-dessous de l'isthme. Comme la poche contient des excroissances papillaires, M. Tédénat se décide à enlever tout le corps utérin. Amputation un peu au-dessous de l'isthme. Cautérisation au thermocautère de la cavité cervicale et du canal que la poche envoie dans les plans externes du col. Suture du col, suture du péritoine.

Guérison parfaite le 27 novembre.

*Examen de la pièce.* — Kyste monoloculaire avec des masses énormes en chou-fleur, quelques-unes sont calcifiées. Le prolongement que la poche kystique envoyait dans la paroi utérine portait un grand nombre de végétations çà et là formant des amas du volume d'une grosse noisette, d'un pois, d'où l'aspect moniliforme du dit prolongement, et creusant de multiples alvéoles dans la paroi jusqu'au voisinage de la muqueuse épaissie.

L'ovaire était étalé en mince couche à la partie inféro-externe de la poche et séparé par un intervalle de 3 ou 4 centimètres (la poche étant pleine) du pavillon de la trompe, laquelle, allongée (23 cm.) formait sautoir sur la partie supérieure du kyste. Par transparence, on trouvait 3 ou 6 tubes wolffiens augmentés de volume à la partie supéro-externe de la poche kystique.

Les papilles étaient recouvertes d'épithélium prismatique peu allongé. La structure était la même dans le kyste et dans son prolongement tubulé, qui était complètement entouré de fibres musculaires lisses, vraiment hypertrophiées avec de nombreux capillaires et quelques amas de cellules fusiformes et arrondies à la base des villosités.

Récidive un an plus tard. Ascite. Masses bosselées dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit. Mort 17 mois après l'opération.

**Obs. VIII.** — STUFLE. Kyste rare de l'utérus extirpé par laparotomie. *Lucina*. Bologne, 1<sup>er</sup> octobre 1904, n° 10, p. 151.

Malade de 43 ans, mariée sans profession entre le 1<sup>er</sup> juin 1903 à l'Institut gynécologique de Modena.

Aucun antécédent, ni héréditaire ni personnel.

Réglée à 13 ans ; règles toujours normales ; durée 7 à 8 jours, jamais de pertes blanches.

Mariée à 25 ans : 9 grossesses, 7 normales ; mais la 3<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> interrompues au 3<sup>e</sup> mois avec des pertes abondantes.

Dernier accouchement : 23 juillet 1901.

Au commencement de 1903 elle eut quelques métrorrhagies qui cessèrent en mai de la même année par un traitement approprié.

Dès avril 1903 elle reconnaît la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur arrondie, mobile, sensible à la pression, grosse comme un poing et qui a augmenté de volume depuis l'entrée de la malade à la clinique.

Actuellement le ventre bombe au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation la tumeur est peu résistante, constituée de bosselures irrégulières tant par leur résistance que par leur volume, les unes élastiques et plus ou moins résistantes, quelques-unes petites et de consistance fibromateuse. La tumeur s'étend à droite jusque l'épine iliaque ; à gauche elle s'arrête à deux travers de doigt de l'épine iliaque gauche ; en haut elle remonte jusqu'à l'ombilic.

Toucher vaginal : utérus en rétro et latéro-version gauche. Sensibilité au niveau de la partie postérieure de l'utérus.

Le toucher combiné au palper permet de reconnaître que la tumeur s'insère à l'angle droit de l'utérus ou qu'elle est réunie par un cordon dur.

Diagnostic : tumeur cystique des annexes droites, peut-être kyste de l'ovaire.

La malade quitte l'Institut le 10 juin, mais y revient le 18 janvier 1904.

Etat général, sans modification. Règles normales, avec avance de quelques jours. Quelques douleurs vagues à l'hypogastre. La tumeur a augmenté de volume et il existe de l'ascite. On trouve en outre sur le côté gauche de l'utérus une nouvelle tumeur, lisse, élastique, presque

fluctuante qui semble être une bosselure agrandie du kyste primitif ou une nouvelle tumeur développée à gauche de l'utérus.

*Opération le 9 mars 1904.* — A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve une grande tumeur kystique multiloculaire, sans adhérences, et reliée à la face antérieure de l'utérus par un cordon court et gros qui s'insère directement sur la face antérieure de l'utérus à une petite distance du fond et à 1 cent.  $1/2$  du bord gauche, sur une étendue de 3 cent.  $1/2$  dans le sens longitudinal et de 1 cent.  $1/2$  dans le sens transversal.

Section du pédicule. On constate alors la présence d'un prolongement en cul-de-sac dans le myomètre auquel il est très adhérent. On le dissèque et on referme la plaie utérine, comme après une myomec-tomie.

On enlève l'ovaire gauche qui est parsemé de petits kystes. L'ovaire droit est scléreux.

Fermeture du péritoine et de la couche musculo-aponévrotique par un surjet au catgut.

Suture à points séparés de la plaie.

La malade sort guérie le 4 avril 1904.

Poids de la tumeur : 2.770 grammes.

Elle est formée de plusieurs bosses cystiques dont la plus grosse présente un diamètre de 12 centimètres.

Autour de cette dernière on compte 15 tumeurs de diamètre variant de 3 à 10 centimètres. Puis naissant çà et là de la superficie externe du grand kyste, ou des espaces qui séparent les différents kystes, ou des bosselures secondaires, on observe de petits kystes du volume d'un grain de millet.

La paroi externe de ces kystes est lisse, élastique, très transparente avec un réseau vasculaire très fin. Les interstices entre les différentes bosselures sont formés de tissu cellulaire lâche parcouru par des vaisseaux dilatés ; ils sont très profonds. On ne trouve pas trace de feuillet péritonéal mobile sur la tumeur.

A l'ouverture, la surface intérieure de ces kystes paraît lisse. Le liquide est très transparent, incolore, très fluide ; densité : 1004. Réaction alcaline. Précipite légèrement par la chaleur. Ne contient pas de sucre.

*Examen microscopique.* — Le point d'implantation du pédicule se montre formé d'un tissu conjonctif assez dense et assez riche en éléments nucléaires, en continuité directe avec la couche musculaire de l'utérus.

La paroi des kystes est formée de deux couches bien distinctes l'une de l'autre. L'externe est formée de tissu conjonctif ondulé, pauvre en éléments cellulaires ; l'interne est formé de tissu conjonctif lâche, riche en cellules de tissu conjonctif et en tissu musculaire.

La couche épithéliale qui manque par places est formée de cellules

cylindriques disposées en une ou plusieurs couches avec tendances par places à la prolifération. Cet épithélium examiné sur des préparations s'est montré pourvu de cils vibratiles.

**Obs. IX.** — BLOUNT. *American Journal of Obstetrics*,  
août 1905, p. 214.

Femme de 32 ans, réglée à 15 ans. Trois grossesses normales. Deux avortements.

Vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen on trouve un utérus en rétroversion, des annexes libres. Endométrite hypertrophique.

*Opération.* — Hystérectomie vaginale.

*Examen de l'utérus.* — Juste au-dessous de la surface péritonéale on voit de nombreuses formations kystiques de 2 à 3 millimètres de long. Ces petits kystes sont revêtus d'un épithélium cylindrique, cilié par places, avec de petits prolongements papillaires faisant saillie à l'intérieur.

## CHAPITRE V

### Kystes dits séreux.

Nous rangerons sous ce titre toutes les observations de kystes de l'utérus qu'à cause du peu de renseignements qu'elles nous fournissent, nous n'avons pas cru devoir ranger dans un des chapitres précédents. Le titre que nous leur donnons est celui sous lequel on les désigne depuis Huguier, mais néanmoins nous sommes convaincu que tout ce chapitre sera petit à petit démembré, à mesure que l'examen anatomo-pathologique de la paroi suivra l'extirpation de tout kyste utérin ; et les kystes séreux cesseront d'exister du jour où on reconnaitra comme nous le pensons, qu'ils ont tous leur origine dans les débris embryonnaires.

Huguier, en 1847, divise les kystes de la matrice en kystes muqueux et kystes séreux.

Il décrit ces derniers comme des tumeurs enkystées siégeant au-dessous du péritoine ou dans l'épaisseur du tissu propre de la matrice, le plus souvent sessiles, pouvant cependant flotter indépendamment de l'utérus dans la cavité abdominale. Il leur reconnaît un volume variable pouvant atteindre celui d'une orange, — des parois excessivement minces, transparentes — un contenu formé par une sérosité incolore ou rosée.

Et il ajoute : « Les kystes sous-péritonéaux sont en général petits, parce qu'ils se rompent avant d'acquérir un grand volume et guérissent sans avoir été soupçonnés. Ils existent très fréquemment avec d'autres affections des organes génitaux internes, inflammations de l'utérus ou des annexes. »

Lebec, en 1880, dans sa thèse sur « Les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus » les divise en kystes sous-péritonéaux ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-péritonéal répondant d'un côté au tissu utérin et de l'autre au péritoine, et en kystes de l'utérus vrais développés dans l'épaisseur des parois utérines. Les pre-

miers sont généralement multiples, très petits, et renferment un liquide séreux plus ou moins jaunâtre. Les seconds, pouvant se montrer dans toutes les parties de la matrice, siègeraient principalement dans le fond.

Perret, en 1898, reprenant l'étude de ces kystes, conclut que les kystes séreux simples n'existent pas en tant que tumeurs primitives et distinctes.

La pathogénie de ces kystes n'a donc qu'un intérêt purement historique.

Pour Huguier, leurs causes les plus fréquentes étaient « la surexcitation et l'hyperémie active des organes internes de la génération.

Lebec se demande si le kyste n'est pas formé par un espace lymphatique extrêmement dilaté.

Pourquoi ne pas admettre que les kystes embryonnaires dont l'existence est à l'heure actuelle suffisamment démontrée, peuvent en augmentant de volume former ces kystes, dits séreux ?

Les preuves anatomo-pathologiques manquent encore, puisque dans toutes les observations l'examen histologique fait défaut, mais nous ne doutons pas que des faits mieux étudiés ne viennent confirmer notre opinion.

Les kystes dits séreux ou interstitiels seraient dès lors de gros kystes embryonnaires.

Leur étude anatomo-pathologique, à défaut de détails histologiques se trouve donc réduite aux données macroscopiques que nous connaissons et leur évolution clinique se rattache à celle de toute tumeur kystique utérine.

Leur diagnostic, étant donné le volume du kyste, sera plus facile que pour les petits kystes embryonnaires.

En dehors des tumeurs fibro-kystiques on pourra avoir affaire à un utérus kystique comme celui que rapporte Tillaux : la masse entière était constituée par l'utérus distendu comme dans une grossesse ou un hydramnios contenant 8 litres d'un liquide brun foncé, et l'expression d'hydrométrie pourrait s'y appliquer, dit-il (1).

(1) TILLAUX, Utérus kystique. *Annales de Gynécologie*, juillet 1889, t. XXXII, p. 1.

Maunoury (1) rapporte un cas de kyste volumineux inclus dans la paroi utérine où le seul diagnostic possible lui semblait celui de kyste primitif interstitiel, et cependant l'examen de la tumeur fait par le Dr Pilliet conclut à un sarcome interstitiel de l'utérus.

Franz Neugebauer (2) cite une observation de myome kystique où l'examen microscopique seul permet le diagnostic. Macroscopiquement on avait cru avoir affaire à un kyste développé aux dépens du canal de Gärtner, malgré la situation du kyste dans le fond de l'organe.

Toutes les erreurs de diagnostic sont possibles, même celle de grossesse.

Leur traitement ne présentera guère de difficulté : on suivra les mêmes indications que pour les kystes embryonnaires.

**Obs. I.** — THIBAUT. Kyste de l'utérus chez une femme qui portait un polype fibreux. Rupture du kyste avec péritonite mortelle en 3 jours. *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, XVII<sup>e</sup> année, 1842, p. 164.

Une femme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital de la Charité, épuisée par des hémorrhagies utérines continuelles. Au toucher, on trouve l'orifice du col occupé par une petite tumeur fibreuse, ressemblant à l'extrémité d'un polype. Quelque temps après, l'hémorrhagie s'arrête pour reparaître ensuite plus abondante que précédemment ; le toucher pratiqué de nouveau ne fait plus rien sentir au col de l'utérus ; le polype s'est détaché spontanément et se trouve emprisonné dans un des caillots que vient de rendre la malade.

Deux heures après, celle-ci est prise d'une péritonite qui la fait succomber en trois jours.

A l'AUTOPSIE, on trouve adhérent au bord supérieur de l'utérus, un kyste volumineux qui s'est vidé dans l'intérieur de l'abdomen, et dont la surface interne est manifestement enflammée, et les parois considérablement amincies surtout au niveau du point qui a donné issue au liquide qui y était enfermé. L'utérus ayant été incisé, on reconnut aisément au fond même de cet organe le point d'implantation du polype.

Ce fait n'a pas été, il est vrai, observé chez une femme enceinte, mais il ne doit point pour cela en avoir moins de valeur, puisque l'état de la matrice, distendue par un corps fibreux, est absolument le même que dans l'état de gestation.

(1) MAUNOURY, *Bull. Soc. Anat.*, 1894, p. 440.

(2) FRANZ NEUGEBAUER, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, n° 34.

**Obs. II.** — ATLÉE. Volumineux kyste de l'utérus. *Transactions of the American Association*, t. V; *American Journal of medical sciences*, t. XIX, 1843.

En octobre 1859, je fut appelé en consultation auprès de Mme A. S..., femme de 43 ans, très énervée et d'une santé très épuisée.

Les règles venaient régulièrement, douloureuses et profuses, surtout dans les commencements.

Elle se maria à 27 ans, eut quatre enfants dont le plus jeune a 4 ans. Depuis le commencement de sa tumeur les règles viennent régulièrement, mais très abondantes. Depuis plusieurs années elle a des attaques de douleurs avec sensation de pesanteur, et au moment où je la vois, ces sensations sont constantes.

Elle remarqua pour la première fois un gonflement dans la partie gauche du bas-ventre, en octobre 1858. Un médecin constata que la tumeur était du volume d'un œuf d'oie, élastique et mobile. Il prescrivit un liniment et la malade crut remarquer une légère diminution.

En mars 1859, elle se crut enceinte et s'imagina sentir des mouvements jusqu'au 1<sup>er</sup> mai; à partir de ce moment tout mouvement disparut. On crut que l'enfant était mort et qu'il était resté dans la cavité utérine, depuis ce temps jusqu'à ma visite.

Parmi beaucoup de suppositions un médecin pensa qu'il avait affaire à une hydropisie utérine; en conséquence, il essaya d'introduire une sonde dans l'utérus pour évacuer le liquide, mais en pénétrant dans l'orifice du col, il ne ramena que du sang et s'arrêta. Il pensa encore qu'il se trouvait probablement en présence d'une môle hydatique de l'utérus.

Pendant tout ce temps, la tumeur avait rapidement augmenté de volume. Quand je vis la malade, elle mesurait 44 pouces de circonférence à l'ombilic; 24 du sternum au pubis et 26 pouces entre les deux épines iliaques antérieures. L'appendice xiphoïde, porté en haut par la tumeur, formait avec la normale un angle de 55 degrés.

L'abdomen avait une forme assez régulière dans toutes les positions du corps. A la percussion, il y avait de la matité partout, excepté dans la partie supérieure de la région épigastrique. On ne trouvait pas d'inégalités dans l'abdomen qui offrait partout une fluctuation franche.

L'utérus était refoulé vers le sacrum. L'hystéromètre y pénétrait à 2 pouces  $\frac{3}{4}$ . La malade avait ses règles quand je la vis. Comme nous avions tous les signes d'un kyste uniloculaire, je pensai de suite que nous avions affaire à une tumeur ovarienne, mais toutefois je dis que tous les doutes ne pouvaient être levés que par une ponction.

Un nouvel examen jeta plus de lumière sur ce cas si obscur, et donna à la malade l'espoir d'une guérison, et elle se décida à subir une opération.

La tumeur fut enlevée en octobre 1859.

Pendant l'opération, il s'échappa 2 pintes d'un liquide clair, jaunâtre, venu évidemment du péritoine ; 30 pintes d'un liquide brun venu d'un vaste kyste et 3 ou 4 pintes d'un liquide de teinte claire venu d'un kyste appendu à la paroi du grand.

Ces deux liquides étaient lourds, denses et très collants.

Les parois du kyste sont minces et membraneuses, elles ont l'aspect du péritoine épaissi.

Le pédicule était fort court, presque sessile, épais et charnu, partant de l'utérus et en tout semblable à celui d'une tumeur fibreuse, paraissant constitué par une expansion du tissu utérin lui-même.

Le point d'implantation du pédicule était dans le fond et à gauche, immédiatement au devant de l'origine de la trompe de Fallope. Il n'avait aucune connexion avec l'autre ovaire. Le corps de l'utérus et les deux ovaires étaient sains.

Un spécimen du liquide du grand kyste fut recueilli et donné au Dr Drysdale pour l'examiner, sans lui dire la nature de la maladie. Il annonça que ce n'était pas un liquide ovarien sur les indices suivants : « Après un repos de quelques heures le liquide s'était séparé en deux parties, un caillot remplissait les trois quarts du vase et un liquide clair, coloré en rose et très mobile.

« Examen chimique : densité, 1020, réaction alcaline. La partie qui surnageait se coagulait par la chaleur ; on la regarda comme du sérum.

« Au microscope, un examen prolongé et minutieux ne fit reconnaître que des globules sanguins. »

**Obs. III.** — PÉNARD, *Bull. de la Soc. Anat.*, t. XXII, 1847, p. 11.

M. Pénard montre les organes génitaux internes d'une femme de 36 ans morte phthisique dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu.

Bien qu'elle n'ait pas eu d'enfants ni de fausse couche, les dimensions du vagin ne laissent aucun doute sur l'existence de rapports conjugaux antérieurs. Mais le fait le plus important, c'est que cette femme affirme n'avoir jamais été réglée et n'avoir ressenti à aucune époque de douleurs comparables à celles qui s'observent si souvent dans les dysménorrhées ; elle a seulement remarqué que chaque mois elle était sujette à un peu de migraine.

Voici maintenant les altérations constatées à l'autopsie :

L'utérus dont le tissu est extrêmement dur présente les dimensions suivantes :

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| Du col à son fond. . . . .            | 0 m. 064 |
| Longueur de la cavité du col. . . . . | 0 » 025  |
| — utérine . . . . .                   | 0 » 030  |

Il existe une tumeur fibreuse de 0,01 de diamètre sur la partie moyenne et supérieure de la matrice. La face antérieure de cette der-

nière paraît tuméfiée et légèrement injectée. *A gauche on rencontre un grand nombre de petits kystes jaunâtres, hydatiformes, indépendants les uns des autres et fixés au tissu même de l'utérus. A droite on n'en aperçoit qu'un seul qui paraît complètement logé dans l'épaisseur de l'organe.*

Du côté droit la trompe de Fallope est moyennement distendue dans une grande partie de sa longueur, tandis que son pavillon, qui est d'ailleurs oblitéré est fortement tendu et fluctuant. En arrière l'on voit un petit kyste du volume d'un gros pois analogue à ceux placés sur le côté gauche de l'utérus.

A gauche, le pavillon offre la même distension que le droit ; ils adhèrent du reste l'un et l'autre aux ovaires par des lamelles celluleuses.

Ces derniers organes, d'un volume ordinaire, sont fendillés et ridés, comme ceux d'une femme menstruée.

Détachées des ovaires, les trompes ont l'apparence d'un sac fermé à ses extrémités : elles sont distendues par un liquide brunâtre et que paraît contenir des granulations.

Quant aux ovaires ils sont très consistants : leur tunique albuginée est épaisse et indurée ; leur face externe présente des sillons peu profonds, montrant dans leur intérieur, une ligne rougeâtre dont l'aspect paraît différer de ces cicatrices étoilées qui résultent de la rupture des vésicules de de Graaf. A leur intérieur on voit çà et là de petites lignes qui paraissent être des épanchements sanguins sans que l'on puisse affirmer toutefois que telle en soit la nature ; on distingue en outre de petites granulations blanchâtres qui ne sont ni des ovules ni des vésicules de de Graaf ; car la membrane externe est opaque et assez épaisse.

**Obs. IV. — HUGUIER.** Kyste séreux de la face postérieure de l'utérus. *Loc. cit.* (Obs. 8, résumée).

Femme de 35 ans. Un enfant à 34 ans.

Depuis cette époque douleurs dans le bas-ventre augmentant au moment des règles. Besoins fréquents d'uriner. Sensation d'un corps volumineux comprimant le rectum.

A l'examen on trouve : écoulement vaginal ; rétroversion accompagnée de légère rétroflexion.

Six jours après son entrée la malade meurt de pneumonie double.

**AUTOPSIE.** — On reconnaît que le péritoine qui tapisse le cul-de-sac recto-utérin est soulevé par une tumeur.

Entre le rectum et la face postérieure de l'utérus on trouve un kyste qui a le volume et la forme d'un gros œuf de poule et descendant jusqu'au niveau du museau de tanche dont elle est séparée par l'insertion de la paroi postérieure du vagin.

Sa face utérine, haute de 5 centimètres adhère aux deux tiers inférieurs de la face postérieure de l'utérus qui est un peu déprimée et concave par suite de la pression que le kyste a exercée sur elle. Cette adhé-

rence du kyste et de la matrice est très solide, elle est formée par un tissu cellulo-fibreux. Les deux faces latérales du kyste sont libres et régulièrement connexes. Son sommet est situé au-dessous du cul-de-sac péritonéal recto-utérin. Ses parois sont légèrement transparentes.

Il est composé de trois enveloppes ; une externe péritonéale, une moyenne manifestement fibreuse, blanche et une interne séreuse, luisante, polie.

Il contient une sérosité très ténue, incolore et limpide.

**Obs. V.** — HUGUIER. Kyste séreux interstitiel développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure du corps de l'utérus. *Loc. cit.* (Obs. 9, résumée).

Femme de 66 ans, morte d'un cancer au sein gauche.

Mariée à 26 ans. 9 mois après, accouchement de 2 enfants morts.

5 ans après, nouvel accouchement d'un enfant bien portant.

**AUTOPSIE.** — Dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus on trouva un kyste de la forme et du volume d'une grosse orange. Commencant en bas à la partie postérieure du col, et remontant tout le long de la face postérieure du corps pour le dépasser de près de 6 centimètres. Il a une hauteur de 10 centimètres, une largeur de 9 centimètres et une épaisseur de 7 centimètres.

Il est d'un blanc rosé et opaque dans toute son étendue, excepté à son extrémité supérieure où ses parois très minces sont transparentes.

L'épaisseur des parois varie beaucoup suivant les points où on les examine. Il est composé de 4 couches qui sont de dehors en dedans : le péritoine, le tissu propre de l'utérus, une membrane cellulo-fibreuse, adhérent faiblement au tissu propre de l'utérus, mais qui est unie très intimement à la tunique propre ou interne du kyste ; celle-ci est lisse, polie, luisante et n'offre pas la plus petite inégalité à sa surface interne.

Le liquide était aqueux, mobile comme l'eau, extrêmement clair, citrin, non visqueux au toucher.

Le kyste faisait tellement corps avec la matrice, qu'on croyait avoir affaire à une hydropisie de cet organe.

La cavité de la matrice se trouvait à la partie inférieure et antérieure du kyste.

**Obs. VI.** — CANDELET. Kyste interstitiel de l'utérus, ayant simulé un kyste ovarique et enlevé comme tel. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1868, 2<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 392.

La femme X..., âgée de 43 ans, entra dans le service de M. Demarquay pour une tumeur abdominale dont l'apparition remontait à deux ans. Jusque-là, la santé avait été bonne, les règles régulières, lors-

qu'elle s'aperçut d'une tumeur qui se développait dans la fosse iliaque gauche. Bientôt, la tumeur en augmentant gagna la ligne médiane et dépassa l'ombilic de 8 centimètres. Elle était lisse, sans bosselures, sans adhérences.

M. Demarquay, ayant diagnostiqué un kyste de l'ovaire, fit une ponction exploratrice qui donna issue à 5 litres d'une liqueur jaune citron, parfaitement limpide.

Cette opération confirma donc le diagnostic, et vu les conditions générales de cette femme qui étaient excellentes, M. Demarquay fit l'ovariotomie.

L'opération fut pénible et laborieuse ; elle dura deux heures et demie. Le chirurgien avait reconnu après l'ouverture de la paroi abdominale, que la tumeur dépendait de l'utérus et non de l'ovaire. Cependant le kyste fut vidé, attiré au dehors ; la chaîne de l'écraseur fut appliquée sur le fond de l'utérus au pédicule, et, après la section, on pratiqua la suture du péritoine.

La malade mourut 36 heures après.

L'examen de la pièce après l'opération, et de l'utérus à l'autopsie, montra qu'il s'agissait ici d'une poche kystique, développée dans l'épaisseur des parois de l'utérus, au milieu des fibres musculaires. Les parois de ce kyste sont formées par des fibres musculaires de la vie organique dont quelques-unes présentent les modifications imprimées par la grossesse. Nulle part on ne trouve de tissu muqueux.

L'utérus, qui est peu développé relativement et n'a que 15 centimètres de longueur, présente à sa surface d'autres petits kystes de même nature et en voie de formation. Ils sont petits, remplis de sang. On les voit par transparence, sous forme de taches bleuâtres.

**Obs. VII. — PÉAN.** Kyste interstitiel des parois de l'utérus.

*Leçons de clinique chirurgicale*, t. III, p. 980.

Femme de 27 ans. Régliée à 15 ans. Menstruation toujours très irrégulière.

Mariée à 18 ans. Pas d'enfants.

Début : 3 ans. Volume très variable de la tumeur qui paraît être influencée par la fonction cataméniale. Pas de ponction. Le ventre a à peu près la grosseur qu'il a au terme d'une grossesse régulière. Tumeur globuleuse, non bosselée, lisse, unie, bien fluctuante, faisant corps avec l'utérus dont le col est trouvé très haut. Incision courte. Apparition d'une tumeur de coloration brun rougeâtre. Pas d'adhérences antérieures, ni d'ascite. Ponction : 13 litres de liquide séreux. La poche vidée, les parois qui la formaient se rétractent plus fortement que cela n'a lieu avec les kystes ovariens. En recherchant l'implantation, on voit qu'elle naît directement de l'utérus et qu'il s'agit d'un kyste interstitiel développé dans sa paroi postérieure. On lie sur cette paroi au-

dessous de la cavité, et serrant fortement les fils, une sorte de pédicule se trouve constitué. Celui-ci est amené entre les lèvres de la plaie à l'angle inférieur, où on le fixe avec la portion correspondante de l'utérus ; le reste du ventre refermé.

**Obs. VIII.** — LÖBL. Cystic tumour of unusual character in the wall of the uterus (General hospital, Vienna). *The Lancet*, 1872, t. I, p. 12.

Femme de 40 ans ayant des hémorrhagies utérines et qui a remarqué que depuis deux ans elle avait une tumeur abdominale.

A l'examen, on sentait à travers la paroi abdominale, du côté gauche, une tumeur, un peu plus grosse qu'une tête d'adulte, insensible à la palpation, et mobile. Par l'examen vaginal on sentait une tumeur grosse, globuleuse, élastique se prolongeant vers la partie supérieure gauche du vagin. Elle semblait fluctuante, lisse et présentait à sa partie la plus inférieure des plis et des trous, qu'on pouvait prendre pour l'orifice d'un museau de tanche.

L'hystéromètre, cependant, passait en arrière et à droite, et son extrémité pouvait être facilement sentie à travers la paroi abdominale ; cet examen montra que l'utérus était augmenté de volume dans tous les sens et que la tumeur lui était intimement unie et qu'elle était mobile avec lui.

Quatre ou cinq jours après cet examen la malade ressentit une grande douleur dans l'abdomen, eut des vomissements et de la fièvre et tous les signes d'une péritonite dont elle guérit cependant.

Un mois plus tard un nouvel examen fournit le même résultat au sujet de la tumeur.

La malade mourut d'une pneumonie quelques jours après ce deuxième examen.

**AUTOPSIE.** — En ouvrant l'abdomen on trouva une tumeur ressemblant à un kyste de l'ovaire ayant la position d'une vessie distendue et juste sur la ligne médiane. Extérieurement elle paraissait occuper les parois antérieure et gauche de l'utérus et repousser la paroi latérale droite vers le côté droit. Il existait des traces de péritonite ancienne, des adhérences fixant l'utérus au rectum, mais pas de signes de perforation ou d'une inflammation récente.

On trouvait une certaine fluctuation du côté droit de la tumeur.

En enlevant en masse les organes génitaux on constata :

Que l'entrée du vagin était très étroite, mais le vagin lui-même était très large et rempli par une tumeur dont la surface blanchâtre, présentait par places, des plaques brillantes, d'apparence tendineuse. La tumeur remontait à travers le col (qui était énormément dilaté et dont les lèvres ne se sentaient que comme un anneau fort étroit) jusqu'à l'intérieur de l'utérus.

La muqueuse utérine et vaginale était hyperémiée, et la paroi droite de l'utérus très épaisse.

Le côté gauche et la paroi antérieure de l'utérus étaient occupés à l'intérieur par la tumeur.

Une coupe de la tumeur montra qu'elle était formée de loges, isolées, séparées par des parois formées de tissu conjonctif contenant des vaisseaux.

Le contenu de ces kystes était jaune clair, séreux.

Il faut ajouter que la tumeur était complètement située en plein tissu utérin, le fond de l'organe étant sa limite supérieure, tandis que des traces de fibres musculaires pouvaient être découvertes dans sa paroi externe, juste sous le péritoine.

L'interprétation de ce cas est assez difficile.

On ne trouva en aucun point de la paroi des kystes à épithélium cylindrique ce qui, d'après Lobl, doit faire écarter toute idée d'hypertrophie considérable folliculaire. Il pense plutôt à un myxome ou à un fibro-myxome, le liquide des kystes contenant beaucoup de mucine et donnant un précipité abondant par l'acide acétique.

## CHAPITRE VI

### Kystes sanguins.

De toutes les tumeurs de l'utérus, les kystes sanguins sont de beaucoup les plus rares.

En éliminant les myomes télangiectasiques et autres complications vasculaires des tumeurs utérines, il ne reste en effet qu'un nombre d'observations si restreint qu'elles ne peuvent être considérées que comme des raretés.

**Pathogénie.** — Les kystes sanguins de l'utérus sont de deux ordres : les uns sont des complications des angiomes, les autres sont des transformations de kystes préexistants.

1° L'angiome caverneux peut produire un kyste sanguin de deux façons : par oblitération ou par rupture.

Dans les premiers cas un vaisseau s'oblitére en deux points suffisamment éloignés pour permettre au sang stagnant contenu dans ce segment de devenir un véritable kyste sanguin. C'est ce processus qu'invoquait Holmes Coote quand il cherchait à expliquer la formation de kystes au cours des angiomes en général.

Dans le deuxième cas, dans un utérus frappé de dégénérescence variqueuse ou présentant un angiome caverneux, il peut se produire à l'occasion d'un effort, la rupture d'un sinus et la formation d'un kyste sanguin. Ce kyste peut dès lors subir un accroissement graduel. C'est cette hypothèse qu'émet Webster pour expliquer la formation du kyste sanguin dont il rapporte l'histoire. Peut-être trouvons-nous dans cette hypothèse, l'explication du cas que rapporte Lafon ?

2° Les kystes en général peuvent subir la transformation sanguine. A la suite d'un traumatisme, d'un effort, un vaisseau de la paroi peut se rompre et donner naissance à un épanchement de sang dans un kyste existant antérieurement. C'est une complication qui

peut s'observer au cours de l'évolution d'un kyste quelconque et qui n'a rien de spécial à l'utérus. Ce sont les kystes embryonnaires qui présentent de préférence cette altération, et nous avons vu en étudiant leur contenu que celui-ci pouvait être séro-hématique (obs. personnelle II). Leur dernier stade serait donc la transformation sanguine.

**Étiologie.** — Le kyste sanguin s'observe, nous venons de le voir, au cours d'altérations pathologiques de l'utérus. Mais il s'observe à tout âge. L'angiome caverneux de l'utérus est, il est vrai, comme la plupart des angiomes une affection congénitale, mais il ne prend son complet développement qu'à l'âge adulte. La cause réelle de l'affection reste encore indéterminée.

Boldt, en rapportant le cas de Klob, pense que l'angiome caverneux s'est développé au point d'insertion du placenta et qu'il s'agissait d'une paralysie des fibres musculaires de cette région de l'utérus, qui de ce fait n'avait pas subi l'involution régulière tandis que le reste de l'organe était revenu à son état normal.

Si à la rigueur cette explication tout hypothétique peut s'appliquer au cas de Klob, elle ne saurait convenir à tous les cas, car dans l'observation de Boldt la femme était une nullipare.

Mais si l'apparition de l'angiome dans l'utérus n'a pas trouvé à l'heure actuelle d'explication satisfaisante, il semble assez naturel d'admettre que la formation du kyste sanguin soit sous la dépendance d'un traumatisme ou d'un effort.

C'est en soulevant un baquet très lourd que la malade de Webster présenta les premiers symptômes douloureux du côté de l'utérus.

**Anatomie pathologique.** — Le siège du kyste sanguin est lié à la localisation de l'affection qu'il vient compliquer.

C'est au niveau du corps de l'utérus qu'on trouve l'angiome de préférence.

En admettant l'hypothèse de Boldt, cette situation serait en rapport avec la fréquence de l'insertion du placenta à ce niveau. C'est également au niveau du fond que siégeaient les kystes sanguins de Webster.

Dans le cas de Webster, le kyste s'était développé du côté de la cavité abdominale.

Dans celui de Lafon, le kyste au contraire fut expulsé en totalité par les voies naturelles.

Les dimensions du kyste doivent être très variables. Les kystes consécutifs aux kystes embryonnaires ne doivent pas dépasser les dimensions de ces derniers qui ont généralement le volume d'un pois ou d'une noix. Les kystes d'origine angiomeuse sont les plus volumineux : celui de Lafon avait la grosseur du poing.

Leur forme est variable et dépend de la liberté que le tissu utérin laisse à leur évolution.



FIG. 13. — Angiome de l'utérus (d'après BOLDT).

Le contenu était du sang pur dans le cas de Lafon. Dans l'observation de Webster le liquide était noirâtre, constitué par du sang, des débris granulés, des flocons de fibrine, et quelques cristaux de cholestérine.

Quant à la paroi elle varie d'épaisseur : très épaisse parfois elle est ailleurs très mince. Dans les cas d'hémorragies intra-kystiques, elle ne diffère en rien de celle du kyste préexistant et il suffit de noter l'altération nouvelle des vaisseaux qui ont produit l'hémorragie.

Dans les cas de kyste angiomeux elle est constituée par les

parois vasculaires plus ou moins modifiées suivant les cas. Lafon nous dit que la paroi externe était lisse, de forme parfaitement arrondie, que la surface interne de la poche était légèrement déchiquetée, friable, d'aspect caverneux. La paroi du kyste était très congestionnée dans le cas de Webster. La surface interne était lisse par places, rugueuse ailleurs. Dans la paroi existaient beaucoup de capillaires dilatés remplis de sang. En quelques points, tout près de la surface interne on trouvait de très larges laes sanguins (V. fig. 14), quelques-uns seulement tapissés d'épithélium. Les faisceaux

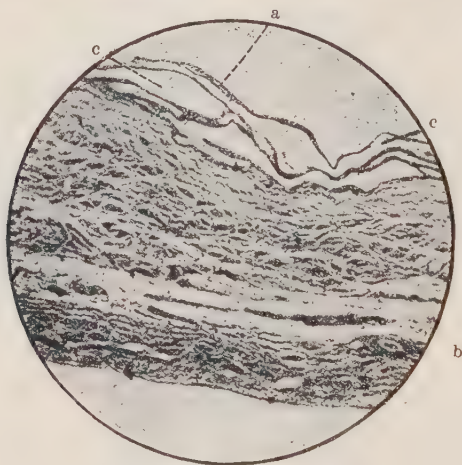


FIG. 14. — Coupe de la paroi d'un kyste sanguin (WEBSTER). — *a*, surface interne ; — *b*, couche externe ; — *c*, espaces sanguins dans la partie interne de la paroi.

musculaires étaient séparés les uns des autres par du tissu scléreux ; quelques-uns étaient infiltrés de leucocytes. La plus grande partie des fibres musculaires étaient à différents stades d'atrophie. En résumé, il existait une modification complète de tout le parenchyme utérin au point où s'était développé le kyste.

**Étude clinique.** — L'apparition d'un kyste sanguin est toujours précédée d'une longue période pendant laquelle l'affection causale évolue lentement, ne manifestant sa présence que par quelques troubles vagues. Que ce soit un kyste ou un angiome, il reste longtemps stationnaire avant de déterminer la formation d'un kyste sanguin.

Pendant cette première période initiale on observe des modifications de la menstruation qui attirent l'attention du côté des organes génitaux. Ce sont généralement des pertes assez abondantes se renouvelant fréquemment, ne laissant aucun répit à la malade. Les curettages répétés ne les modifient en rien ; c'est la période angiomateuse prémonitoire. En même temps on observe des douleurs plus ou moins vives dans le petit bassin. L'état général est rapidement altéré par la répétition des hémorragies.

A l'occasion d'une chute, d'un traumatisme le kyste sanguin se constitue en déterminant une violente douleur dans le bas-ventre

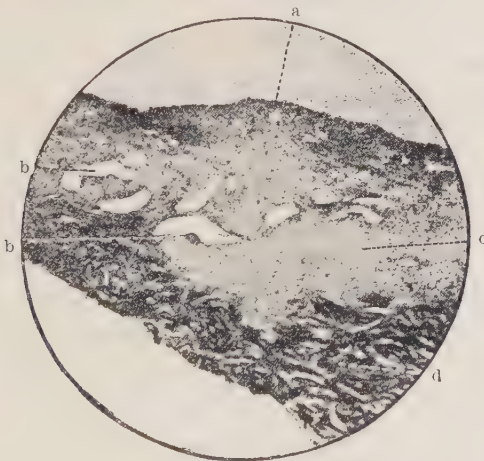


FIG. 15. — Coupe de la paroi d'un kyste sanguin (WEBSTER). — *a*, surface interne ; — *b*, lacs sanguins ; — *c*, tissu scléreux ; — *d*, tissu fibreux et musculaire normal.

En même temps on peut observer une augmentation inquiétante des hémorragies.

Le kyste manifeste son apparition par le développement subit d'une tumeur qui, suivant son siège est perceptible par la palpation ou par le toucher. A cet état de tumeur utérine le kyste peut évoluer vers la résorption, ce qui est rare, ou vers la répétition des hémorragies intra-kystiques pouvant conduire elles-mêmes à la rupture du kyste et à la mort par hémorragies.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des kystes sanguins nous paraît absolument impossible.

Si à la rigueur il peut être possible de diagnostiquer une tumeur kystique de l'utérus, il est impossible d'en soupçonner la nature. Ces kystes en effet peuvent contenir du sang, de la lymphe, du tissu muqueux, ou des produits de dégénérescence sarcomateuse.

Les tumeurs fibreuses peuvent subir tout d'un coup la dégénérescence télangiectasique (myomes télangiectasiques de Virchow).

Une collection sanguine peut se former dans le ligament large après rupture de veines variqueuses.

En présence d'une tuméfaction subite de la région utérine on pensera plutôt à ces affections qui sont plus communes.

**Traitement.** — Tout kyste sanguin de l'utérus doit être traité par la laparotomie suivie de l'hystérectomie totale. L'angiome étant à l'origine, tout autre traitement serait insuffisant — et exposerait à des récidives. Boldt pense qu'en cas d'angiome utérin on pourrait faire une application de thermocautère sur la tumeur après dilatation du col. Il est à craindre que dans ce cas particulier le fer rouge ne fasse plus de mal que de bien ; obligé de cautériser la tumeur à l'aveuglette on serait bientôt débordé par l'écoulement de sang. Aussi, loin d'étendre ce traitement aux kystes sanguins, le laisserons-nous tomber dans un juste oubli.

## OBSERVATIONS

### 1° Angiomes de l'utérus.

**Obs. I.** — KLOB. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, Wien, 1864, p. 173 (d'après BOLDT).

L'utérus était antifiéchi, sa texture était jaune-rouge, flasque, et traversée par des artères rigides. Dans la paroi postérieure, il existait une partie élevée, circulaire d'une mollesse spongieuse et de 2 centimètres de diamètre ; la muqueuse qui la recouvrait était mince, comme garnie de clous à grosses têtes et de transparence rouge-bleu. La surface péritonéale correspondante était aussi tuméfiée, convexe, de trans-

parence bleuâtre et les vaisseaux sanguins du péritoine étaient pleins et très distincts. Une coupe faite à travers la tumeur fut immédiatement inondée de sang fluide ; ce sang enlevé, on voyait une délicate trame isolant des parties foncées. Les cavités comprises dans la trame et qui communiquaient les unes avec les autres contenaient du sang liquide. Dans son ensemble la tumeur ressemblait à une ectasie caverneuse analogue à celles qu'on rencontre si fréquemment dans le foie, sauf que la trame était beaucoup plus épaisse que dans les tumeurs vasculaires analogues. La trame elle-même était constituée par des fibres musculaires lisses contenues dans du tissu conjonctif, et était couverte par places de cellules ressemblant à de l'épithélium pavimenteux. Dans certaines parties il existait une prolifération de tissu conjonctif en forme de papilles très serrées mais sans arborescence. On pouvait facilement constater la communication entre la cavité de la tumeur et les veines voisines. Le reste de l'utérus portait les traces d'une grossesse antérieure.

**Obs. II** (résumée). — **BOLDT**. Cavernous angioma of the uterus.

*The American Journal of Obstetrics*, décembre 1893, p. 834.

Femme de 37 ans, nullipare, ayant des pertes continues depuis près d'un an. Durant ces quatre derniers mois, les hémorragies étaient profuses, avec des répités de courte durée. De nombreux curettages n'amènèrent aucune amélioration. Le microscope ne permit de diagnostiquer qu'une endométrite hyperplasique. Les hémorragies devinrent si abondantes, la malade était si anémiée que Boldt décida de faire l'hystérectomie vaginale tant pour faire cesser les hémorragies que pour débarrasser la malade d'une endométrite dont la nature, en raison de la répétition des hémorragies malgré les curettages, paraissait douteuse.

Dans l'utérus on trouva une tumeur de la grosseur d'une noix, située à la partie antérieure du corps, tout près du fond. La tumeur faisait saillie dans la cavité utérine, paraissait lobulée ; la couleur était rouge acajou, sa consistance plus ferme que celle de la paroi utérine environnante ; elle occupait plus de la moitié de l'épaisseur de la paroi.

A la coupe elle se montrait marbrée, présentant des taches pourpres, blanchâtres de diamètre variant entre celui d'une plume de corbeau et celui d'une tête d'épingle. Au toucher les taches rouges étaient molles, de la consistance de sang récemment coagulé ; la consistance des taches blanches était ferme, comme celle du cartilage.

A l'examen microscopique on constata la présence de grandes cavités, variant de dimension et de forme, remplies de sang. Evidemment c'étaient des coupes transversales de veines séparées les unes des autres par du tissu fibreux, dans lequel on pouvait voir un nombre considérable de capillaires. A l'intérieur de ces veines on trouvait un caillot de sang constitué par des globules rouges et un peu de fibrine,

dans d'autres au contraire on trouvait une grande quantité de fibrine et de sérum, mais presque pas de globules rouges. Un certain nombre de ces veines étaient donc partiellement ou complètement oblitérées. A l'aide de forts grossissements on pouvait voir sans difficulté l'endothélium qui tapissait ces cavités. Il était donc évident qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Les artères qu'on trouvait aux limites de la tumeur dans la paroi musculaire de l'utérus étaient rétrécies, tortueuses, et présentaient les caractères de la dégénérescence cirreuse. Dans le tissu conjonctif interstitiel on trouvait par places une pigmentation jaune brun foncée probablement due à une extravasation sanguine. Ailleurs il existait des amas étendus de pigment, qui d'après leur configuration, devaient être regardés comme les derniers restes de veines caverneuses oblitérées.

Les grandes cavités veineuses pénétraient dans la paroi musculaire de l'utérus. Les artères tortueuses et les capillaires dilatés sont très nombreux à la périphérie de la tumeur. Il n'existe pas de limite distincte entre les veines caverneuses les plus périphériques et le tissu musculaire adjacent qui borde les cavités veineuses.

Toutes les veines, aussi bien celles qui sont en voie d'oblitération que celles qui sont oblitérées sont entourées en partie ou en totalité d'une zone hyaline ou cirreuse plus ou moins étendue. Boldt compare ces zones cirreuses qui entourent les veines caverneuses aux formations de tissu cartilagineux dans certains chondromes.

## 2° Kystes sanguins.

**Obs. I.** — LAFON. Kyste sanguin de l'utérus. *Bull. de la Soc. de Méd. et de Chir. de la Rochelle*, 1891, p. 96.

Le 20 août dernier, sur les onze heures de la nuit, je fus appelé en hâte auprès d'une femme de 35 ans qui venait d'être prise subitement d'une violente hémorragie utérine. Je la trouvai littéralement inondée de sang ; ses membres inférieurs de haut en bas, sa chemise, les draps du lit étaient complètement teints en rouge par du sang vif ; le parquet aussi en portait les traces et par la vulve je pus constater que l'hémorragie se prolongeait par un écoulement continu de sang vif. Celle-ci avait débuté une heure après le repas ; cette femme aperçut alors un peu de sang à sa chemise et crut à un début de règles qu'elle n'avait pas vues depuis 2 mois 1/2.

A titre d'hémostatique je pratiquai instantanément deux injections hypodermiques, contenant chacune 1 milligramme d'ergotine et j'administrai une potion de 150 grammes contenant 2 grammes d'ergotine par cuillerée à bouche chaque demi-heure ; vingt minutes après l'hémorragie ne paraissait plus dépasser la quantité habituelle de l'écoulement menstruel.

Le 21 au matin, un suintement sanguin se faisait toujours par la vulve, et persista tout le jour sans aucune douleur, lorsque le soir cette femme rendit le kyste sanguin que je vous présente (séance du 1<sup>er</sup> octobre 1890) : c'est une tumeur de la grosseur du poing, à paroi externe lisse, de forme parfaitement arrondie ; elle ne contenait que du sang ; la surface interne de cette poche est légèrement déchiquetée, friable, d'aspect caverneux ; la coque en est assez épaisse ; enfin il n'y a pas trace de cordon ombilical.

Le 22, à 4 heures du matin, un caillot sanguin de la grosseur du pouce et long de 5 centimètres fut à son tour expulsé ; à partir de ce moment l'hémorragie fut complètement arrêtée, et le linge n'était plus taché que par un liquide roussâtre.

Cette femme d'un tempérament lymphatico-nerveux présentait un peu d'anémie, voyait ses règles tous les 20 et quelques jours ; elle était atteinte depuis longtemps de métrite interne chronique, à laquelle elle ne donnait aucun soin.

**Obs. II.** — J. C. WEBSTER. Kyste sanguin uniloculaire développé dans la paroi utérine après la ménopause. *The Journal of the med. Sciences*, 1895, t. I, p. 277.

*Etude clinique.* — M. H..., ménagère, 53 ans, entrée le 11 août 1893, se plaignant d'un ballonnement du ventre, qu'elle avait remarqué pour la première fois en février. Six mois auparavant, elle avait ressenti tout d'un coup une douleur vive dans le bas-ventre, en soulevant un baquet très lourd. Huit jours après, en se lavant, elle ressentit la même douleur ; puis celle-ci disparut graduellement pour n'apparaître de nouveau qu'en mars, mais si violente qu'elle fut obligée de garder le lit. La tumeur augmenta alors rapidement, déterminant de temps en temps des crises douloureuses. La malade s'affaiblit graduellement, présenta des troubles de la miction et de la constipation.

Elle avait été réglée à 13 ans : règles régulières, durant 3 à 4 jours, assez abondantes. Dysménorrhée, qui cessa après son mariage. Jamais de leucorrhée. Ménopause à 50 ans.

7 grossesses, la première en 1859 ; la dernière en 1872. Un avortement en 1877. Les accouchements furent faciles, sauf le 5<sup>e</sup> qui fut très long. Elle a nourri tous ses enfants, sauf le 5<sup>e</sup>.

A son entrée la malade était maigre et émaciée ; facies blême, anxieux. Ventre aussi volumineux que celui d'une femme enceinte de 7 mois.

A la palpation : tumeur cystique, fluctuante.

Au toucher : vagin large, col regardant en bas et en avant ; corps en rétroversion augmenté de volume, et plus mou que normalement. Au-dessus de lui on sentait le kyste mobile, indépendamment de l'utérus.

*Opération.* — Laparotomie le 18 août par le professeur Simpson.

On trouva le kyste prenant origine sur le fond de l'utérus. Il fut enlevé avec le corps de l'utérus et les annexes. Guérison. Sortie le 16 septembre.

*Examen macroscopique.* — Le kyste présentait une paroi très congestionnée, contrastant avec la pâleur de l'utérus ; il était fixé par un pédicule large de 1 pouce et demi. Il mesurait 8 pouces verticalement et 7 1/2 transversalement (ces mesures furent prises une fois le kyste vide). La surface supérieure et antérieure présentait des traces de péritonite. Le pédicule se continuait directement avec la partie antérieure du fond de l'utérus qui avait subi une certaine elongation.

Le kyste contenait plusieurs pintes d'un liquide noirâtre dont la densité était 1018. Ce liquide était constitué par du sang, des débris granulés, des flocons de fibrine et quelques cristaux de cholestérine.

La paroi interne était lisse par places, rugueuse ailleurs. Ça et là on voyait des couches de fibrine. En sectionnant la paroi plusieurs collections de sang de volume considérable furent aperçues. Dans le pédicule elles étaient massées ensemble.

Dans la cavité utérine existait un très petit polype fixé à l'angle supérieur gauche de la paroi.

*Examen microscopique.* — La surface extérieure du kyste était recouverte de péritoine altéré en des points variés. La paroi du kyste variait d'épaisseur suivant les points considérés. La partie la plus rapprochée du pédicule était la plus épaissie, mesurant environ un quart de pouce. A l'extrémité opposée de la tumeur la paroi était beaucoup plus mince, mesurant 1/32 à 1/16 de pouce.

La structure près du fond comprenait du tissu fibreux et musculaire, le premier était beaucoup plus abondant que le second. Sur une grande étendue le tissu conjonctif était épais et sclérosé. Par places il présentait des traces d'inflammation.

Les faisceaux musculaires étaient séparés les uns des autres par du tissu scléreux ; quelques-uns étaient infiltrés de leucocytes. La plus grande partie des fibres musculaires étaient à différents stades d'atrophie. En certains points les noyaux semblaient être en train de se diviser.

Dans les autres parties de la paroi les faisceaux musculaires n'étaient pas aussi altérés, étant séparés les uns des autres par des amas de tissu cellulaire lâche, qui avaient une apparence mucoïde en plusieurs points. Sur une ou deux coupes seulement on trouve le tissu musculaire et le tissu conjonctif disposés comme dans la paroi utérine normale. Les faisceaux musculaires étaient presque partout parallèles aux parois du sac. Dans les parties les plus minces, on ne trouva aucune fibre musculaire.

La partie interne de la paroi était constituée en grande partie de tissu conjonctif dense variant considérablement d'épaisseur. Ça et là de

la fibrine était fixée sur la paroi interne, et en beaucoup d'endroits on trouvait des amas de globules sanguins. Dans la paroi existaient beaucoup de capillaires dilatés remplis de sang. En quelques points, tout près de la surface interne on trouvait de très larges lacs sanguins, quelques-uns seulement tapissés d'épithélium.

Le pédicule du kyste était constitué par un allongement du fond. A la coupe il présentait les mêmes changements que la partie la plus voisine de la paroi du kyste, c'est-à-dire grand développement du tissu conjonctif, atrophie et dégénérescence des faisceaux musculaires, inflammation subaiguë et chronique. Dans ce pédicule, près du kyste, on trouvait une quantité de cavités remplies de sang, formant une masse du volume d'une petite noix ; elle semblait constituée par des capillaires dilatés. Un revêtement épithélial existait en plusieurs places, manquait en d'autres. Ça et là à travers le pédicule, aussi bien que dans la paroi du grand kyste, on trouvait des amas hyalins arrondis ou irréguliers. C'étaient probablement des vaisseaux oblitérés. La substance hyaline provenait du tissu conjonctif.

On ne trouvait nulle part de myome dans la paroi utérine ou dans la paroi du kyste ; il existait cependant un très petit polype, du volume d'un pois dans la cavité utérine. La muqueuse utérine était enflammée, les glandes et le revêtement épithélial faisaient défaut.



## LIVRE III

### ABCES DE L'UTÉRUS

#### CHAPITRE PREMIER

##### Définition et historique.

Tour à tour niés puis admis par les différents auteurs, les abcès de l'utérus semblent avoir définitivement pris place dans la nosographie gynécologique durant ces dernières années.

De tous temps l'abcès utérin a été considéré comme une rareté pathologique. Or depuis quelques années les observations semblent devenir plus fréquentes.

Doit-on penser à une réelle progression de cette affection ? Il est inadmissible qu'avec les progrès de l'antisepsie moderne, une affection qui relève purement de l'infection progresse, alors que toutes les autres infections diminuent. Il vaut mieux convenir qu'on les connaît mieux aujourd'hui et qu'on les reconnaît plus souvent.

On désigne sous le nom d'abcès utérin toute collection purulente enkystée dans le parenchyme utérin. Ainsi défini l'abcès de l'utérus est certainement rare, car grâce à la grande vascularisation de cet organe, la lésion inflammatoire se localise rarement en un point déterminé, et l'infection frappe d'emblée l'organe dans son ensemble pour produire la suppuration totale.

Néanmoins, si on peut mettre en doute les observations anciennes où des abcès pelviens et annexiels ont pu être confondus avec les ab-

cès utérins, il n'est guère possible de nier les observations plus modernes où l'intervention chirurgicale ou l'examen nécropsique ont permis de localiser la lésion dans le parenchyme lui-même. Dans l'étude actuelle nous ne retiendrons que ces dernières qui seules peuvent servir à établir l'histoire de l'affection qui nous occupe.

C'est dans le *Cours d'anatomie médicale* de Portal (1803) que nous trouvons pour la première fois signalé l'abcès utérin. Dans le chapitre : « Matrice en suppuration », il rapporte deux autopsies où il trouva sous l'enveloppe séreuse de l'utérus, une grande quantité de pus, mais nous ne pouvons nous empêcher d'émettre un doute sur la localisation exacte de ces abcès.

Toutes les observations publiées ensuite nécessitent une analyse très soignée, car si les unes vérifiées par l'autopsie sont hors de toute contestation, il n'en est pas de même de celles qui se sont terminées par la guérison et qui peuvent bien n'avoir d'autre rapport avec les abcès de l'utérus que le titre dont l'auteur les a gratifiées. Aussi serons-nous très rigoureux dans le choix de nos observations, quitte à réunir ensuite à titre de documents celles qui nous auront paru douteuses.

La seule étude d'ensemble qui ait été faite sur la question appartient à Otto von Franqué et date d'octobre 1901. Franqué réunit 16 cas d'abcès de l'utérus. En dépouillant plus soigneusement la littérature et en ajoutant les cas récents, nous sommes arrivé à un total de 41 observations d'après lesquelles nous nous efforcerons de tracer l'histoire des abcès utérins.

## CHAPITRE II

### Étiologie.

L'abcès utérin se développe à tous les âges de la vie de la femme et ne reconnaît qu'une seule cause : l'infection. Celle-ci peut être de divers ordres : puerpérale, gonococcique, tuberculeuse, traumatique.

**L'infection puerpérale** est la cause la plus fréquente ; nous la trouvons en cause 22 fois sur 41 cas. Puis viennent par ordre l'infection gonococcique, l'infection tuberculeuse et l'infection traumatique. C'est presque toujours à la suite de tentatives d'avortement qu'on voit se développer l'abcès de l'utérus. Sans rappeler ici l'état de réceptivité de l'utérus pendant la grossesse et la contagiosité des instruments qui servent en général aux tentatives criminelles, on comprendra facilement pourquoi ces abcès sont de beaucoup les plus fréquents. Le bacille est porté par l'instrument au centre même de la place ; le parenchyme est quelquefois même piqué par l'instrument qui dépose ainsi le microbe dans sa texture. Tout est donc réuni pour favoriser l'éclosion de l'abcès. Nous verrons plus tard comment il se développera.

Mais l'abcès utérin n'est pas seulement l'apanage de l'avortement criminel. On l'observe aussi à la suite d'accouchements normaux (Boldt, Augustein, Pettit et Pichevin, Ricketts, Dröse, Lepage, Champetier de Ribes) ; dans ce dernier cas il peut cependant y avoir eu intervention instrumentale, comme dans le cas de Penrose où une application de forceps avait été nécessaire.

**L'infection gonococcique** ayant donné lieu à une métrite peut conduire à la formation d'un abcès utérin. Les observations de Madlener, de Menge, de Cavazzani, de Lea suffisent à nous en convaincre. Les cas de Bird, de Scanzoni, quoique antérieurs à la découverte du gonocoque (1879), semblent également reconnaître cette origine. Rarement le gonocoque se développe d'emblée dans le

parenchyme utérin. Certains auteurs même semblent en rejeter la possibilité quand ils refusent à la métrite aiguë toute possibilité de créer l'abcès utérin. Pour Martineau (1), la suppuration de la métrite est bien rare. Pour Pozzi (2) « les prétendus abcès de l'utérus sont : les uns, des collections purulentes voisines accolées à l'organe, comme il est si fréquent de l'observer dans les pyosalpingites ; les autres des suppurations de myomes mortifiés, ce qui n'a aucun rapport avec la métrite. Certes si l'on veut dire par là que la suppuration de la tunique musculaire de l'utérus est possible, nous tombons d'accord ; mais qu'elle suppure dans le cours du syndrome clinique qui constitue la métrite nous ne l'admettons pas ».

Pour Pierre Delbet (3) il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus.

« On a discuté, dit Richelot (4), sur la présence d'abcès dans l'épaisseur des parois utérines, au cours de la métrite aiguë. Schröder, Kilpatrick, Hervez de Chégoin, en parlent comme d'un fait indéniable ; mais ils doivent être bien rares, car la plupart des auteurs soutiennent que les prétendus abcès utérins ne sont que des collections purulentes péri-utérines [Fritsch (5)]. »

Seule la rareté de ces abcès peut expliquer la divergence d'opinion qui existe encore à l'heure actuelle entre les auteurs. Il ne nous est plus permis cependant de douter de leur existence ; mais nous nous empressons d'ajouter qu'ils sont une complication exceptionnelle au cours des métrites. Il est certain que le gonocoque pénètre difficilement entre les fibres musculaires qui constituent le parenchyme utérin ; Madlener en a cependant constaté nettement la présence.

Peut-être à la faveur d'une grossesse et d'une délivrance, trouve-t-il un accès plus facile dans le myomètre ? C'est très probable et

(1) MARTINEAU, *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1878, p. 412.

(2) POZZI, *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, 1897, p. 140.

(3) PIERRE DELBET, in *Traité de chirurgie* DUPLAY-RECLUS, tome VIII, p. 93.

(4) L. G. RICHELLOT, *Chirurgie de l'utérus*, Paris. Doin, Ed., 1902, p. 12.

(5) FRITSCH, *Lageveränd. und Entzünd. der Gebärmutter*, Stuttgart, F. Enke, éditeur, 1885.

c'est cette interprétation que nous devons donner à l'observation de Madlener et au cas tout récent de Lea.

L'abcès utérin n'a jamais été signalé au cours de la métrite chronique ; aucune raison ne semble cependant devoir la mettre à l'abri de cette complication.

Enfin dans notre observation personnelle l'abcès est survenu au cours d'un néoplasme probable.

**L'infection tuberculeuse** peut frapper l'utérus pour déterminer la formation d'abcès dans son parenchyme. Cette forme de la tuberculose génitale est cependant très rare. Dans une étude récente sur la tuberculose génitale, Mlle M. Gorovitz (1) ne cite aucun cas d'abcès tuberculeux de l'utérus. Qu'il s'agisse du corps, qu'il s'agisse du col, toutes les observations qu'elle rapporte ont trait à l'endométrite tuberculeuse et aux lésions qui la caractérisent : ulcérations, tubercules miliaires voire même pyométrie [cas de Krzywicki (2)] ; d'autres présentent au niveau de la couche musculaire de l'utérus des tubercules miliaires, dans le corps [Breus (3)], dans le col [Matthews (4)], analogues à ceux décrits par Cornil (5) et par Doyen (6). Aucune ne signale le véritable abcès froid. C'est qu'à la vérité l'abcès froid se développe rarement dans un tissu musculaire.

Nous avons pu néanmoins en retrouver cinq observations dont trois ont trait à la tuberculose primitive, deux à la tuberculose secondaire de l'utérus.

**L'infection traumatique** est le quatrième mode d'infection du parenchyme utérin. En dehors des traumatismes déterminés par des tentatives d'avortement que nous avons déjà signalées, il arrive parfois qu'accidentellement le parenchyme se trouve lésé : dans le cas de Küstner la malade opérée pour un prolapsus utérin présentait au niveau du col des ulcérations qui avaient servi de porte d'entrée à l'infection. La malade d'Ashford, se croyant enceinte, fut sans au-

(1) Mlle GOROVITZ, Tuberculose génitale. *Revue de chirurgie*, 1901, p. 778.

(2) KRZYWICKI, *Beiträge zur pathol. Anat. und. allg. Pathol.*, 1888.

(3) BREUS, *Wiener med. Wochenschrift*, 1877, n° 4.

(4) MATTHEWS, *Medical Record*, 1898, vol. II, p. 872.

(5) CORNIL, *Journ. des connaiss. médic.*, 19 juillet 1888, p. 226

(6) DOYEN, *Journal des connaiss. médic.*, 1888, p. 227.

cun doute inoculée par une piqûre ou une ulcération traumatique produite au niveau du col. Fritsch vit se développer un abcès utérin après une discision bilatérale du col.

Nous en concluons que toutes les fois qu'une porte d'entrée est ouverte à l'infection, celle-ci pourra déterminer la formation d'un abcès.

## CHAPITRE III

### Pathogénie.

1° **L'infection de l'utérus** est sous la dépendance directe d'une plaie utérine physiologique ou traumatique. Cet énoncé qui ressort nettement de l'étude clinique de ces abcès put paraître un moment douteux aux expérimentateurs qui s'adressèrent à certaines espèces animales, telles que les rongeurs.

Strauss et Sanchez-Toledo (1) inoculant dans la cavité utérine de femelles de cobayes ou de lapines qui venaient de mettre bas, des quantités considérables de microbes pathogènes tels que bacillus anthracis, vibron septique, bactérie du charbon symptomatique, staphylocoque doré, n'obtinrent aucune infection, sauf pour le microbe du choléra des poules. Ces expériences auraient pu jeter un doute sur la gravité de l'infection de l'utérus après l'accouchement, si ces auteurs n'avaient démontré que chez les rongeurs au moment de la parturition, l'épithélium normal recouvre toute l'étendue de la cavité, la cicatrisation de la plaie placentaire se faisant très rapidement. « Il y a donc là, dès l'instant de la parturition, disent Strauss et Sanchez Toledo, un épithélium intact et prêt à remplir son rôle protecteur, et il ne faut pas s'étonner que les tentatives, faites jusqu'à présent par divers auteurs pour reproduire chez la lapine et la femelle de cobaye des états analogues aux infections puerpérales de la femme, n'aient presque jamais donné de résultats. »

Chez la femme au contraire il persiste après l'accouchement une véritable plaie utérine ouvrant largement ses portes à l'infection.

Mais est-il possible d'admettre une inoculation du parenchyme sans lésion primitive de la muqueuse ?

La tuberculose et la métrite répondent à cette question.

(1) STRAUSS et SANCHEZ-TOLEDO, Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, t. 2, p. 426.

L'infection tuberculeuse de l'utérus par la voie vaginale, défendue par Conheim, Verneuil (1), admise par Hegar et Spaeth, semble actuellement démontrée grâce aux recherches expérimentales de Cornil, Dobroklonsky et Guzzoni degli Ancarani.

Les expériences de Cornil (2) démontrent que non seulement l'infection tuberculeuse par la voie génitale est possible, mais qu'il suffit d'une quantité minime de culture pour inoculer le parenchyme. « Dans la muqueuse de l'utérus, comme dans celle de l'intestin, les bacilles pénètrent et les follicules tuberculeux se manifestent dans le tissu conjonctif situé au-dessous de l'épithélium sans que celui-ci soit tombé » (Cornil). Aussi, dit ailleurs cet auteur (3), la muqueuse de l'utérus est-elle, de toutes les voies génitales de l'homme et de la femme, celle qui serait la plus vulnérable aux microbes de la tuberculose.

Dobroklonsky (4) fait des expériences analogues et conclut également à l'inoculation vaginale.

Enfin les expériences de Guzzoni degli Ancarani (5) tendent à démontrer que le virus tuberculeux peut non seulement franchir la muqueuse utérine, mais, qu'introduit dans le vagin, il peut donner naissance à une infection générale tuberculeuse sans aucune localisation dans les organes génitaux.

Dans la 6<sup>e</sup> expérience de son mémoire, il inocule dans l'utérus d'un cobaye femelle un petit morceau de poumon de vache tuberculeuse et de la poussière de crachats tuberculeux desséchés. Quinze jours plus tard le cobaye est sacrifié. On trouve une localisation

(1) VERNEUIL, Hypoth. sur l'origine de cert. tub. génitales dans les deux sexes. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1885.

(2) CORNIL, Sur la tub. des muq. considérées comme porte d'entrée de virus tub. *Congrès pour l'étude de la tub. chez l'homme et chez les animaux*, 1<sup>re</sup> session, 1888, 1<sup>er</sup> fascicule. Paris, Masson, 1889, p. 258-264.

(3) CORNIL, *Leçons sur l'anat. pathol. des métrites*, etc. Paris, Alcan, 1889, p. 101.

(4) DOBROKLONSKY, Note sur le développement de la tuberculose après l'introduction dans l'organisme des bacilles tuberculeux par le tube digestif et par le vagin. *Congrès pour l'étude de la tub. chez l'homme et chez les animaux*, 1<sup>re</sup> session, 1888. Paris, Masson, 1889, p. 265-268.

(5) GUZZONI DEGLI ANCARANI, Tuberculosi primitiva dell'utero e suoi rapporti colla tuberculosi generale. *Rivista di ostetricia e ginecologia di Torino*, 1890, n° 21 et 22.

tuberculeuse à distance dans la rate. Dans l'utérus il existe dans la couche sous-muqueuse un abcès récent de la grosseur d'un grain de moutarde ; il y a desquamation de l'épithélium de la muqueuse utérine. On ne trouve pas le bacille de Koch dans le pus de l'abcès, mais cela n'exclut pas l'hypothèse d'abcès tuberculeux.

Il résulte donc de ces faits qu'en dehors de toute solution de continuité de la muqueuse utérine, l'infection peut par voie vaginale atteindre l'utérus et donner lieu à la formation d'abcès qui ressortissent à la tuberculose.

Nous avons vu combien l'infection du parenchyme consécutive à la métrite semblait douteuse aux auteurs les plus modernes. Nous avons vu d'autre part qu'il était bien difficile de rapporter à autre chose qu'à la métrite préexistante les observations de Madlener, de Menge et de Lea. Quel est donc dans cette hypothèse le processus qui conduit à la formation de l'abcès ?

Dans les cas de Madlener et de Lea, c'est à la faveur de la plaie placentaire, après un accouchement, que l'infection gonococcique a pu se produire.

Mais dans celui de Menge il semble bien que la blennorrhagie seule soit en cause. C'est six semaines après l'inoculation par le mari qu'on constate dans l'utérus enlevé par l'hystérectomie supravaginale la présence d'un abcès dont le pus était très riche en gonocoques.

Nous sommes donc bien obligé d'admettre pour expliquer ce cas que les microorganismes peuvent envahir le mésomètre et déterminer une exsudation leucocytaire aboutissant à la formation d'un abcès ou qu'il s'agit alors d'abcès lymphangitiques analogues à ceux décrits par J. L. Championnière dans sa thèse.

Voilà donc un premier groupe de faits, répondant à la presque totalité des cas où la porte d'entrée semble donc bien être la muqueuse utérine ulcérée ou non.

*L'inoculation par voie sanguine* est tout à fait exceptionnelle ; on n'a jamais signalé d'abcès utérins au cours des grandes infections septicémiques ; seuls les faits d'abcès tuberculeux secondaires de l'utérus semblent appartenir à cette variété pathogénique.

Quant aux abcès de l'utérus *par continuité*, ce sont de simples accidents au cours d'abcès pelviens, n'ayant de rapport avec l'utérus, que la voie que celui-ci leur offre pour s'ouvrir à l'extérieur. Ils ne sauraient rentrer dans le cadre de la question et ne devront nous occuper qu'au moment du diagnostic. En résumé nous pouvons dire que l'inoculation de l'utérus se fait par la muqueuse ou par les vaisseaux.

2° **La formation de l'abcès**, sans intérêt particulier pour les abcès tuberculeux, est encore sujet à discussion pour les abcès aigus.

Pour Bernutz, pour J.-L. Championnière il s'agirait toujours de collections vasculaires purulentes, se faisant *dans les lymphatiques*. « On peut rencontrer dans la paroi de la matrice tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce qu'on appelle les abcès de l'utérus : vaisseau bosselé, dilaté ; vaisseau oblitéré en deux points rapprochés, distendu et déformé par le pus ; ampoule pleine de pus ; ampoule volumineuse enfin, dont l'origine ne peut être rapportée à un vaisseau lymphatique, qu'à cause de certains caractères » (J.-L. Championnière).

Certes l'abcès lymphangitique ne saurait être mis en doute et le mémoire de J.-L. Championnière le prouve surabondamment. Mais ce n'est pas là l'abcès de l'utérus, tel que le rapportent les auteurs. L'abcès de l'utérus constitue à lui seul une entité morbide, complication il est vrai d'une infection utérine, mais complication isolée et non modalité de la lymphangite utérine.

Aussi pensons-nous que dans bien des cas on est obligé d'admettre la possibilité d'abcès du parenchyme. Mais alors même que la lymphangite n'a pas précédé l'abcès, il faut néanmoins admettre le transport au sein même du parenchyme des microbes pathogènes, et celui-ci ne saurait s'effectuer sans l'intermédiaire des lymphatiques ou des veines. Il est vrai que Madlener constata entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux, une infiltration de leucocytes et de gonocoques ; mais dans la majorité des cas les auteurs ne signalent aucune trace du passage de l'infection dans le parenchyme.

Force nous est donc d'admettre que celle-ci s'est faite grâce à des

embolies microbiennes, ayant leur point de départ dans la muqueuse utérine.

**3° Lieu d'élection de l'abcès.** — Un premier point frappe tout d'abord dans l'étude des abcès utérins. Tous ou presque tous siègent au niveau des cornes utérines. Qu'il s'agisse d'abcès post-puerpéraux ou post-abortiques, streptococciques ou gonococciques, voire même tuberculeux, c'est toujours au niveau de l'une des cornes que l'abcès se localise.

Faut-il voir dans cette localisation une simple coïncidence ou une prédisposition réelle de ce segment utérin, en raison de sa constitution anatomique ?

Deux faits caractérisent nettement l'étude anatomique de la corne utérine : c'est d'une part la prédominance des lymphatiques, de l'autre la fréquence de débris embryonnaires à ce niveau comme nous l'avons démontré.

Les lymphatiques ont été longuement étudiés par Championnière qui les a vus, les uns superficiels, rampant sous le péritoine, les autres profonds, visibles seulement quand on a coupé perpendiculairement l'angle utérin ; cet auteur les a vus en grand nombre, accumulés dans les points où se fait l'insertion placentaire. Rendez-vous de la plus grande partie des lymphatiques utérins la corne deviendrait le point de convergence de tous les microorganismes, qui pourraient dès lors y déterminer la formation d'abcès. Ce sont alors des *abcès angioleucitiques*.

En second lieu, nous savons qu'il existe souvent au niveau des cornes utérines des débris embryonnaires qui se présentent parfois sous la forme de kystes plus ou moins volumineux, mais ne manifestant leur présence par aucun trouble fonctionnel. Surviennent une infection du parenchyme utérin, elle trouvera au niveau de ces kystes préformés un admirable lieu d'élection pour la formation d'un abcès. Renfermés dans cette cavité close, les microorganismes exalteront alors leur virulence, et du petit kyste latent qui serait resté inoffensif jusqu'à la fin de la vie génitale de la femme, ils feront un abcès à développement progressif qui nécessitera une intervention

hâtive. Nul doute que beaucoup de ces abcès ne reconnaissent ce processus.

Ainsi s'expliquerait la rareté de ces abcès utérins dont le développement est subordonné à l'existence antérieure de kystes non moins rares, et leur siège de prédilection au niveau des cornes utérines où la fragilité de débris embryonnaires favorise leur développement,

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue clinique il existe quelques caractères distinctifs entre les différents abcès de l'utérus.

Les uns aigus attirent l'attention par leur formation rapide ; les autres chroniques peuvent passer inaperçus et ne constituer que des trouvailles d'autopsie tant leur évolution est lente.

**Siège.** — Les abcès de l'utérus siègent dans la grande majorité des cas au niveau d'une corne utérine. On les a cependant signalés avec la même fréquence au niveau du fond de l'organe ; plus rarement ils siègent dans une des parois latérales ou antérieures. Ce sont presque toujours des abcès du corps ; nous ne devons cependant pas oublier les cas de J.-L. Championnière où l'abcès siégeait à l'union du corps et du col ; celui d'Ashford où il existait une collection purulente dans la lèvre postérieure du col ; le cas de Fritsch enfin dû à une inoculation directe se rapporte à cette dernière localisation.

L'abcès peut être sous-péritonéal, intra-musculaire, sous-muqueux. La première variété est la plus fréquente ; l'abcès recouvert d'une part par la séreuse péritonéale est adossé par sa face profonde au tissu musculaire ; il se développe en somme dans le tissu séreux sous-péritonéal, mais nous savons combien celui-ci est peu épais et combien la séreuse est adhérente au niveau du fond. Aussi faut-il nettement distinguer ces abcès des abcès pelviens se développant dans un tissu cellulaire lâche, et indépendamment de l'utérus.

L'abcès sous-péritonéal du fond de l'utérus est au contraire un abcès vrai de l'utérus.

L'abcès intra-musculaire est le véritable abcès du parenchyme. Entouré de toutes parts de fibres musculaires lisses il présente une

paroi d'une épaisseur variable et se rapproche tantôt de la cavité péritonéale, tantôt de la cavité utérine.

L'abcès peut enfin se développer dans le tissu sous-muqueux. C'est de beaucoup la localisation la plus rare. Il est probable que l'abcès dans ces cas a passé souvent inaperçu. Se développant à son aise du côté de la cavité utérine il s'ouvre spontanément dès que les limites de sa distension sont dépassées, et le pus s'écoule par les voies naturelles comme une leucorrhée plus abondante que d'ordinaire. L'observation personnelle que nous rapportons ne permet aucun doute au sujet du siège sous-muqueux de l'abcès, de même que l'abcès tuberculeux rapporté par Guzzoni degli Ancarani (fig. 16).

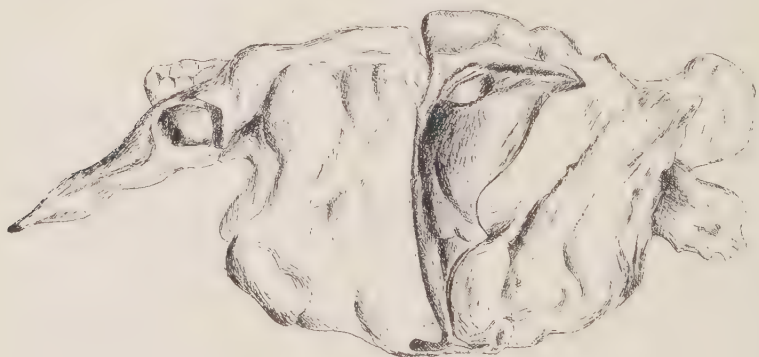


FIG. 16. — Abscès tuberculeux de l'utérus (d'après GUZZONI DEGLI ANCARANI.) Utérus sectionné et ouvert sur la ligne médiane montrant un petit abcès tuberculeux au niveau du fond de l'utérus. — L'utérus est déformé, aplati.

**Nombre.** — L'abcès utérin est généralement unique. Dans les cas de lymphangite utérine primitive, il peut cependant exister des abcès multiples : J.-L. Championnière signale des abcès volumineux allant de la face postérieure vers les angles et d'autres siégeant dans le col, ou au niveau du corps et du col. Davis parle de plusieurs abcès sous-péritonéaux. Dans le cas de Penrose il existait sur le côté droit de l'utérus, dans la paroi même de l'organe et au-dessous de la corne, un abcès contenant environ 2 grammes de pus et sur le côté gauche un abcès plus petit, communiquant avec la cavité d'un abcès du ligament large, qui communiquait à son tour par un trajet avec le muscle psoas.

Küstner a vu des abcès atteignant le volume d'une noix dans un cas opéré pour prolapsus utérin et Prochownick trouve l'utérus farci dans toute l'épaisseur de son parenchyme de nombreux petits abcès.

Turenne décrit de nombreuses cavités purulentes en plein tissu utérin.

Lepage signale à son tour deux abcès faisant saillie sur le bord supérieur de l'utérus.

Cette multiplicité des abcès augmente si nous envisageons les abcès tuberculeux (Giovanni Guzzo).

**Volume.** — Le volume de l'abcès est aussi très variable. Extrêmement petit lorsqu'il s'agit de tuberculose et d'abcès lymphangitiques au début, il augmente petit à petit et atteint un volume variable suivant le point où il se développe dans tous les autres cas. Ceux qui siègent sous le péritoine peuvent en effet se développer librement dans la cavité péritonéale, mais les abcès parenchymateux sont bridés par les fibres musculaires et sont obligés de vaincre la résistance du tissu utérin pour augmenter de volume. Les premiers atteignent facilement le volume d'un citron (Noble) et même plus : tel le cas figuré par Schröder où l'abcès s'élevait dans la cavité abdominale jusqu'à la hauteur de l'ombilic environ.

Les seconds sont de la dimension d'une noisette (Saxinger, Schwartz, Champetier de Ribes), d'une noix (Küstner), d'un œuf d'oie (Scanzoni, Pettit et Pichevin).

**Forme.** — La forme de l'abcès ne présente aucun intérêt. Plus ou moins arrondi, il s'adapte aux régions qui le limitent.

Rappelons cependant que les petits abcès lymphangitiques se présentent dans le sens où se dirigent les lymphatiques et que Lepage décrit deux abcès en forme d'haltère sur le bord supérieur de l'utérus. Dans le cas de Boldt, le foyer avait la forme d'un canal ayant traversé presque toute la largeur de l'utérus dans la moitié supérieure du corps.

**Contenu.** — Le contenu de l'abcès est du pus généralement épais, bien lié dont la quantité varie de quelques grammes (2 gr. Penrose,

3 à 4 gr. Boldt, 30 gr. Bird, Churchill) à 60 gr. Ashford, 60 à 90 gr. Ricketts.

Il est légèrement crémeux, jaune ou verdâtre, fade et sans odeur particulière.

Généralement stérile dans le cas d'abcès tuberculeux, le pus peut être riche en gonocoques (Menge), en streptocoques, ou en microbes associés.

**Parois.** — La paroi de l'abcès est constituée par le parenchyme lui-même. Suivant le siège de l'abcès, elle peut cependant être en partie constituée par la séreuse ou la muqueuse.

Pour ce qui est de sa structure, les auteurs ne donnent que des renseignements tellement vagues qu'il est absolument impossible d'en déduire la constitution.

Dans le cas de Bird, les parois de l'abcès étaient d'une épaisseur variant de un quart à trois quarts de pouce, la portion la moins épaisse était celle qui était en rapport avec la cavité de l'utérus.

Il existait un développement énorme des fibres charnues, autour de l'abcès, dans le cas d'Hervez de Chégoin : les fibres étaient infiltrées et la paroi interne était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne.

Pettit et Pichevin décrivent une cavité tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre dont les parois formées exclusivement par le tissu utérin se confondent avec le reste du parenchyme.

L'examen histologique du cas de Madlener lui permit de reconnaître une infiltration très abondante de cellules rondes entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux ; on y trouvait des cellules ressemblant à des cellules épithélioïdes, des leucocytes polynucléaires, des mastzellen.

S'il s'agit d'abcès lymphangitiques, la paroi lisse offre toute l'apparence d'une paroi vasculaire, comme dans les cas que rapporte Championnière.

S'il s'agit d'abcès tuberculeux, on constate le processus tuberculeux normal avec zone grise périphérique et ramollissement caséux au centre.

**Lésions de voisinage.** — L'utérus est en même temps légère-

ment altéré. Il augmente de volume, soit que cette augmentation de volume dépende de l'abcès qu'il contient, soit qu'il subisse lui-même une hypertrophie réactionnelle.

Le fond était trois fois plus gros que normalement dans le cas de Bird.

L'utérus peut atteindre le volume du poing (Augustein), être augmenté dans tous ses diamètres ou simplement en partie.

En même temps il peut présenter des lésions de dégénérescence. Il peut être mou (Saxinger), flasque (Grammatikat), œdédié (Madlener), jaune, en dégénérescence graisseuse (Penrose). En cas de réaction aiguë on peut trouver des lésions lymphangitiques ou des infiltrations leucocytiques et même gonococquiques (Madlener).

Le péritoine présente souvent une réaction évidente. Il était rouge-sombre, enflammé dans le cas de Ricketts ; il présente le plus souvent des adhérences multiples avec les organes voisins (intestin, épiploon, vessie, rectum) qui peuvent limiter l'inflammation et déterminer l'ouverture de l'abcès dans un de ces organes.

Si le péritoine ne réagit pas, l'abcès s'ouvre dans la cavité péritonéale et détermine une péritonite généralisée mortelle (Scanzoni, Saxinger, Grammatikat, Champetier de Ribes, Lea).

Si le péritoine a eu le temps de réagir l'abcès s'ouvrira dans un organe voisin et dans le rectum de préférence.

Si l'abcès siège près de la muqueuse il peut s'ouvrir spontanément dans la cavité utérine (Franqué, Budin) ou accidentellement à la suite de manœuvres intra-utérines (obs. personnelle et obs. Fritsch) et guérir rapidement.

## CHAPITRE V

### Symptômes.

L'abcès utérin débute presque toujours d'une façon brusque, soit qu'il succède à une infection puerpérale et qu'il se manifeste à la suite d'un accouchement ou d'un avortement par des symptômes d'infection utérine, soit qu'il apparaisse comme complication au cours d'une métrite aiguë, dont les symptômes s'accompagnent de l'apparition d'une tumeur utérine, soit enfin qu'il soit le fait de l'inoculation directe du mésomètre par un instrument contaminé.

Parfois le début peut être insidieux et lent : il s'agit alors d'abcès tuberculeux évoluant insidieusement au cours de la tuberculose génitale ou d'abcès consécutifs à une infection chronique de l'utérus.

L'abcès en se développant au sein du parenchyme utérin réagit peu sur l'organe lui-même. Les manifestations extérieures sont d'un ordre purement général et ce n'est que par l'association de quelques modifications locales associées à des troubles généraux vagues qu'on peut localiser la lésion dans les organes génitaux. Quant au diagnostic exact, aucun auteur ne l'a encore posé. Les troubles fonctionnels font le plus souvent défaut. La leucorrhée est il est vrai la règle, mais elle traduit uniquement l'état d'infection de la cavité utérine. Dans d'autres cas il peut exister un véritable écoulement de pus, l'abcès se trouvant alors en communication avec la cavité utérine.

La menstruation est souvent modifiée ; la malade de Grammatikat avait des règles plus abondantes qu'auparavant. C'est en effet dans ce sens que se modifient les menstrues.

C'est probablement une réaction de voisinage qui détermine les troubles de la miction et de la défécation que signalent souvent les auteurs, soit qu'il se produise entre la vessie, l'utérus et le rectum des adhérences défensives qui retentissent sur ces organes pour en

déterminer les troubles fonctionnels, soit que l'utérus en augmentant de volume détermine leur compression.

Les douleurs apparaissent enfin ; elles sont spontanées à l'hypogastre, à caractères paroxystiques, ou bien se manifestant à la suite d'un examen physique de la malade. Dans ce cas elles sont localisées, pouvant faire présumer par leur fixité du siège de l'abcès.

L'examen physique ne permet guère de préciser davantage le diagnostic. Quand il n'y a pas encore d'adhérences produites, que l'abcès est nettement utérin, on observe une augmentation de volume de l'organe facilement constatable par le toucher combiné. Si l'abcès siège au niveau du col, le doigt vaginal sentira une tuméfaction ramollie, fluctuante, légèrement douloureuse, mais une collection en tout autre point ne sera en aucune façon pathognomonique, pouvant être symptomatique de toutes les suppurations utérines.

Si les organes environnants ont eu le temps de réagir, si des adhérences se sont établies, les signes physiques deviennent encore plus obscurs et le diagnostic de collection pelvienne est le seul qu'on soit autorisé à établir.

Quant à l'utérus lui-même, il est augmenté de volume, ramolli en général et toujours très sensible.

L'abcès utérin manifeste sa présence dans le parenchyme par des troubles généraux graves. La fièvre, les frissons sont la règle : ils traduisent la formation d'une collection purulente et se manifestent sous forme d'accès coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur.

En même temps les malaises, le manque d'appétit, l'insomnie peuvent dans certains cas accompagner l'apparition de la fièvre.

Mais nous avons vu que souvent l'abcès évolue froidement pendant longtemps.

## CHAPITRE VI

### Marche. Durée. Terminaison.

L'évolution de l'abcès est nettement progressive. C'est à l'ouverture qu'aboutit l'abcès dans la généralité des cas.

Celle-ci peut se faire plus ou moins rapidement dans un organe voisin, dans la cavité utérine, dans le péritoine enfin, donnant lieu à une péritonite mortelle. Elle apparaissait brusquement au 22<sup>e</sup> jour chez la malade de Scanzoni, au 3<sup>e</sup> jour pour la malade d'Ashford. Dans le cas de Saxinger au contraire l'évolution est relativement lente et ce n'est qu'au 3<sup>e</sup> mois que se fait la rupture dans le péritoine.

Dans d'autres cas l'évolution est plus lente encore ; elle se fait par poussées successives avec rémissions de plus ou moins longue durée.

L'abcès peut venir s'ouvrir à l'extérieur et il semble que la région ombilicale soit un lieu de prédilection. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'émettre un doute au sujet de ces observations qui semblent plutôt appartenir aux collections péri-utérines.

L'ouverture dans le rectum a été signalée par Bird et par Schröder et s'accompagnait de diarrhées profuses. Berrutti affirme en avoir vu un s'ouvrir spontanément dans la vessie.

L'ouverture dans les autres organes n'a jamais été signalée ; elle ne peut être que supposée.

La mort peut survenir encore par suite de processus métastatiques ou à la suite d'une suppuration prolongée : un abcès de l'utérus tout comme un myome infecté peut déterminer une infection putride de l'utérus. Le pronostic est sous la dépendance de la cause et des complications. Moins sombre dans les abcès métriques et tuberculeux que dans les abcès puerpéraux, il est toujours menaçant par l'ouverture possible dans la cavité péritonéale. Aussi dès que l'abcès est soupçonné faut-il recourir au traitement chirurgical, car la maladie abandonnée à elle-même conduit 75 fois sur 100 à la mort.

## CHAPITRE VII

### Diagnostic.

Le diagnostic d'abcès de l'utérus est d'une difficulté extrême : dans aucun cas il n'a encore été posé avant l'intervention.

Quand des adhérences se sont établies entre l'utérus, les annexes et les organes voisins, il est absolument impossible de localiser la collection purulente. On pensera successivement à un pyo-salpinx, à un abcès pelvien, à une périmérite et l'on ne songera certes pas, avec raison, à l'abcès utérin.

Quand l'abcès, libre de toute adhérence, siège sur une des faces de l'utérus, qu'il est plus ou moins fluctuant, qu'il est mobile avec l'organe, qu'il détermine de la fièvre et des phénomènes généraux, on peut faire le diagnostic de collection intra-parenchymateuse. Reste à poser le diagnostic de la nature de cette collection.

Le fibrome kystique est rarement isolé et s'accompagne d'autres noyaux fibreux disséminés ; les hémorrhagies sont fréquentes ; les symptômes de suppuration font défaut.

Les kystes ovariens, ou du ligament large, sont plus latéraux, indépendants de l'utérus, ont une évolution lente et froide.

Il est vrai que kystes ou fibromes peuvent être à leur tour gagnés par l'infection et embarrasser grandement le diagnostic. Mais l'abcès est primitif dans la majorité des cas, tandis que dans les cas de myomes dégénérés ou de kystes suppurés, la lésion utérine ou ovarienne manifestait déjà sa présence avant toute suppuration.

Restent les kystes utérins. Nous avons vu qu'ils peuvent être à l'origine de tout abcès. Mais ils sont alors si petits qu'on peut ne pas en tenir compte et considérer l'abcès comme la lésion vraie.

Ce n'est que dans le cas de gros kystes fluctuants qu'on pensera à les éliminer par leur indolence, leur peu de réaction, tandis que l'abcès est douloureux et fébrile.

Lorsque l'abcès s'ouvre spontanément au dehors il faudra songer, avant de conclure à l'ouverture d'un abcès utérin, à la possibilité de l'évacuation par l'utérus d'une pyo-salpingite ou de l'hydrops tubæ profluens de Froriep, pyomérorrhée d'origine tubaire sans oublier la pyométrie.

## CHAPITRE VIII

### Traitement.

Le traitement des abcès de l'utérus est subordonné au siège anatomique de la lésion, à la cause et aux complications qui peuvent survenir.

Si l'abcès siège dans le col, fait tout à fait exceptionnel, puisque la majorité des abcès se développent au niveau du corps, la simple incision par le vagin, le curettage et le drainage de la poche suffiront le plus souvent. C'est la conduite qu'a tenue Ashford dans le cas qu'il rapporte.

Si l'abcès bombe dans la cavité utérine, il sera possible après dilatation du col, de pénétrer dans la cavité pour ouvrir l'abcès. C'est ce traitement qui s'effectua spontanément dans notre observation personnelle. C'est la méthode qu'employa Lawson Tait (Cas douteux Obs. XXIV) dans son cas qu'il croyait être un petit fibrome en train de se ramollir, ou un véritable abcès de la paroi antérieure de l'utérus.

La laparotomie enfin est de règle chaque fois que l'abcès siège au niveau du fond. Ayant reconnu son siège, on pourra dans certains cas aller ouvrir l'abcès par voie vaginale et établir un drainage comme l'a fait Ricketts. Mais ce sont là des manœuvres très aléatoires et qui exposent à des complications funestes qu'il ne faut pas risquer dans le simple but de conserver l'utérus.

D'autre part, l'abcès peut se trouver nettement localisé dans le fond de l'utérus, l'organe étant sain partout ailleurs, et les annexes indemnes. Dans ce cas, si la femme est jeune, il peut y avoir intérêt à faire une intervention partielle, pour ménager la possibilité d'une grossesse ultérieure. Augustein opéra de la façon suivante. Après laparotomie, il trouve un point fluctuant dans le fond de l'utérus, le ponctionne, et reconnaissant du pus, incise la tumé-

faction de laquelle il s'écoula beaucoup de pus. Après curettage des parois de l'abcès, il bourra avec de la gaze iodoformée : la malade guérit.

Noble trouve après laparotomie un abcès du fond de l'utérus qu'il incise, curette et cautérise à l'acide phénique. Il met un drain dans le Douglas. La malade guérit.

Walther, dans l'observation de Lepage, fait une laparotomie latérale, trouve sur le bord supérieur de l'utérus, deux abcès qu'il curette, nettoie aussi complètement que possible et établit un large drainage. La malade mourut le lendemain soir.

Plus récemment encore Lea fait une laparotomie, incise la paroi postérieure du vagin, introduit un drain par le Douglas, bourre la cavité de l'abcès ainsi que le Douglas avec une mèche de gaze iodoformée qu'il fait sortir par le vagin.

Si enfin les abcès sont multiples, si les parois sont infiltrées de pus, si les annexes sont malades, il faut recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale (Madlener, Turenne, Prochownick) ou à l'hystérectomie abdominale (Penrose, Davis, Menge, Cavazzani, Dröse, Schwartz).

De tous ces procédés celui qui a donné les meilleurs résultats est l'ouverture, le curettage et le drainage de la cavité de l'abcès. Sur 4 cas où ce procédé fut employé, 3 ont guéri (Augustein, Noble, Lea), 1 seul est mort (Walther) et encore faut-il ajouter que celui-ci fut opéré en pleine péritonite diffuse.

Il semble bien que c'est là le procédé de choix, consistant à ouvrir l'abcès qui menace de perforer spontanément la paroi et de mettre ainsi le sujet à l'abri de la péritonite mortelle.

Cependant si les annexes sont malades, il faut absolument recourir à l'hystérectomie abdominale totale si l'on ne veut pas s'exposer à des complications redoutables du fait de la poussée salpingienne consécutive.

## OBSERVATIONS

---

### 1° Cas non douteux.

#### Observation I (personnelle).

Joséphine D..., âgée de 61 ans, entre le 20 juillet 1901 à l'hôpital St-Louis, dans le service de mon maître le Dr Richelot, pour des troubles du côté de l'appareil génital.

Cette femme présente des antécédents qui n'ont rien de bien particulier. Réglée à 16 ans pour la première fois, elle l'a toujours été très régulièrement depuis. Mariée à 24 ans, elle eut à 25 ans une fausse couche de trois mois, à la suite de laquelle elle présenta un léger mouvement de fièvre et des pertes blanches.

Après onze ans de santé relativement bonne, elle devint enceinte de nouveau, et accoucha à terme d'un enfant bien portant. Rien à signaler dans la suite. La ménopause survint à 48 ans, sans aucun accident.

Il y a un an et demi (la malade avait 59 ans 1/2) des hémorrhagies utérines se produisirent spontanément et persistèrent. Elles étaient constituées par du sang bien rouge sans odeur.

En outre depuis trois mois la malade ressent des douleurs en urinant et éprouve certaine difficulté à aller à la selle. L'état général n'est nullement altéré. La malade se portait bien, mais voulait être guérie de ces hémorrhagies qui se reproduisaient depuis plus d'un an. Immédiatement nous pensâmes à un néoplasme utérin.

Toucher vaginal : le col n'était nullement altéré ; on sentait parfaitement son orifice ; les culs-de-sac étaient libres. Le corps était gros, dur, légèrement douloureux à la pression, mais dans son ensemble l'utérus était mobile dans tous les sens.

Le cathétérisme nous permit d'apprécier la longueur de l'utérus qui était de 6 cm. 5. En introduisant l'hystéromètre on se rendait compte que la surface interne de l'utérus était rugueuse et parsemée de bourgeons très durs.

Nous conclûmes à un néoplasme du corps et dans le but de faire une biopsie nous nous mîmes en demeure de dilater l'utérus.

Le 23 juillet nous introduisons dans l'utérus une petite laminaire.

Le lendemain 24 nous la remplaçons par une laminaire de calibre très supérieur.

Le 25, avant de faire la biopsie, nous introduisons dans l'utérus le dilateur à trois branches de Sims afin de compléter la dilatation.

Au moment où les branches arrivaient à leur maximum d'écartement, l'une d'elles sembla céder et il s'écoula brusquement par l'orifice du col un jet de pus dont la quantité pouvait être évaluée à un verre à Bordeaux. Ce pus était jaune verdâtre, bien lié, sans odeur particulière ; il était absolument pur, sans aucun mélange de sang.

Arrêtant là l'intervention, j'introduisis un drain dans l'utérus et fis un grand lavage de la cavité.

Le lendemain après un nouveau lavage je retirai le drain et cherchai à me rendre compte par le toucher intra-utérin des lésions causales de cette évacuation de pus. Mais l'utérus avait déjà perdu tout le bénéfice de la dilatation et était revenu en partie sur lui-même. J'introduisis alors une grosse laminaire et remis au lendemain l'exploration digitale.

Le 27 donc je fis le toucher intra-utérin : le doigt pénètre aisément dans la cavité utérine et atteint facilement le fond. On se rend très bien compte que la surface interne de l'utérus est mamelonnée, tapissée de bourgeons durs, séparés par de petits sillons. Cette disposition est uniforme sur toute l'étendue de la muqueuse. Le doigt est impuissant à en arracher la moindre parcelle. En outre, on constate sur la surface postérieure une dépression dans laquelle s'enfonce la pulpe de l'index et dont la dimension est celle d'une pièce de deux francs. Le fond de cette dépression est constitué par le parenchyme utérin relativement lisse.

Nous concluons à un abcès utérin développé au cours d'un néoplasme et proposons à la malade l'hystérectomie. Elle la refuse et quitte l'hôpital deux jours plus tard.

Il s'agissait évidemment dans ce cas d'un abcès sous-muqueux.

Il ne saurait être en effet question de pyométrie, puisque les lamineuses avaient été introduites facilement et n'avaient donné lieu à aucune évacuation de pus. En outre, la constatation par le toucher d'une dépression au niveau de la paroi postérieure nous permet d'affirmer que l'abcès siégeait dans la paroi postérieure de l'utérus.

**Obs. II.** — FREDERIC BIRD, Case of abscess in the walls of the uterus, communicating with rectum. *The Lancet*, 1842-43, t. I, p. 645.

Mme G. ..., âgée de 37 ans, avait, jusqu'à ces trois dernières années, joui d'une santé parfaite et était réglée régulièrement.

A cette époque elle se maria et bientôt après, apparut dans la région hypogastrique une douleur aiguë, profondément située, irradiée dans tous les sens, dans le bassin et augmentée par la miction et la défécation. Ces symptômes étaient associés à des troubles généraux, et à tous les symptômes d'inflammation utérine. Elle suivit les différents traitements usités et quoique les symptômes les plus graves fussent amendés, elle

continua à souffrir pendant les trois mois qui suivirent de douleurs dans la région de l'utérus. Ces douleurs étaient toujours produites par les efforts faits pour expulser le contenu de la vessie ou du rectum, l'évacuation des fèces se faisant parfois avec une très grande difficulté. Le toucher fait à cette époque montra que l'utérus descendait dans le vagin plus bas que d'habitude ; il était gros et le col était douloureux au toucher et tuméfié.

Peu après que le toucher vaginal eût été fait, il s'écoula subitement par le rectum une demi-once de pus et les symptômes s'amendèrent. Puis diarrhée : 8 à 10 évacuations chaque jour, chacune mêlée à plus ou moins de matière purulente ; la douleur à la miction disparut. Mais elle souffrait toujours beaucoup au passage des selles. La diarrhée ne put être modérée par aucune médication. Cependant la santé était bonne. Elle alla à la campagne, où elle resta deux ans, sans aucune modification. La diarrhée avec évacuation de pus persistait ; quand le pus ne s'écoulait pas aussi librement que d'habitude, la douleur locale s'aggravait. Durant toute cette période les règles avaient été très irrégulières, survenant tous les 8 ou 9 jours, s'accompagnant de douleurs lombaires et de caillots.

Les douleurs augmentèrent alors de plus en plus et elle se décida à consulter de nouveau, c'est-à-dire deux ans après. Par le toucher vaginal qui fut très douloureux, on constata que l'utérus ne s'était guère modifié ; il était cependant tout à fait fixé dans le bassin comme dans certains cas de tumeurs malignes. La médication opiacée et belladonnée n'apporta aucun soulagement.

Elle continua à souffrir de pertes hémorrhagiques et de tous les symptômes précédents pendant six semaines et mourut épuisée par les souffrances extrêmes.

*Autopsie.* — Adhérences péritonéales de vieille date, unissant l'épiploon, l'intestin grêle et les viscères pelviens.

L'utérus était solidement uni au rectum par ses parties supérieure et postérieure. Il était irrégulier, le fond trois fois plus gros que normalement.

Une section longitudinale montra que l'élargissement avait été produit par un *abcès senti dans la paroi du fond de l'utérus, abcès qui contenait environ une once (30 gr.) de pus épais ; les parois de l'abcès étaient d'une épaisseur variant de 1/4 à 3/4 de pouce, la portion la moins épaisse était celle qui était en rapport avec la cavité de l'utérus.*

Cet abcès communiquait par un court sinus avec la portion adhérente du rectum. Il n'existait aucune communication entre la cavité utérine et celle de l'abcès.

L'utérus ne présentait aucune apparence de tumeur maligne.

Les trompes et les ovaires étaient adhérents à l'utérus et pouvaient difficilement en être distingués.

Pour Bird, c'est un cas d'inflammation du tissu utérin s'étant terminé par la formation d'un abcès.

**Obs. III.** — NIVERT. Absès du fond de l'utérus. *Bull. de la Soc. anat.*, 37<sup>e</sup> année, 1862, 2<sup>e</sup> série, t. VII, p. 168-171.

La nommée Bien, âgée de 29 ans, vint à Paris le 6 janvier 1862. Son père, âgé de 42 ans, sa mère de 38 et sa sœur de 18, sont morts à la suite d'accidents du côté de la poitrine. Ils toussaient habituellement et avaient craché du sang. Cette fille fut réglée à 18 ans ; ses menstrues duraient huit jours, assez abondantes, et revenaient tous les mois.

Elle eut quelques hémoptysies et était sujette à la toux.

Elle vint à la Maternité le 15 *janvier* et accoucha le soir même.

Le 17, elle fut prise de fièvre et de douleurs abdominales qui nécessitèrent son passage à l'infirmerie.

Le 18, à la visite du matin, nous trouvons la malade dans un état général assez mauvais. La face exprimait la souffrance ; les pommettes injectées, les yeux excavés. La langue était recouverte d'un enduit muqueux blanchâtre, les bords rouges. Le ventre à la région sus-pubienne était douloureux, surtout à la pression et lorsque la malade toussait. Il n'y avait pas de ballonnement ni de météorisme.

La respiration était difficile, gênée et fréquente ; la toux revenait par accès assez souvent. A l'auscultation, la sonorité n'avait pas sensiblement diminué, si ce n'est au sommet gauche. De gros râles muqueux et quelques râles sibilants, secs, occupaient toute l'étendue de la poitrine du côté gauche et avaient leur maximum surtout au sommet. Du côté droit on entendait aussi quelques râles sous-crépitants.

L'expectoration était très abondante et les crachats épais, jaunes et adhérents au vase.

La peau était chaude, le pouls développé, plein, 120 pulsations.

Le 19 *janvier*, la malade accuse dans le ventre des douleurs atroces et indique comme point le plus douloureux les deux régions inguinales. En effet, nous trouvons au niveau de l'orifice externe de chaque canal inguinal une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, très douloureuse à la pression. Sur la partie médiane existe une sensibilité très vive, surtout à chaque effort de toux.

La peau est chaude, couverte de sueurs abondantes, la face injectée et un peu cyanosée, le pouls toujours très fréquent, 124 pulsations. Les mêmes phénomènes du côté de la poitrine persistent avec une aggravation manifeste ; les râles se multiplient et deviennent plus humides.

Le 21, l'oppression a augmenté ; la face est très injectée, les yeux larmoyants, la peau chaude, couverte d'une sueur abondante ; la langue est sèche, fendillée ; le ventre est toujours aussi douloureux et sans développement notable ; pas de tympanite. Les garde-robes sont très liquides et involontaires, la respiration très embarrassée et accompagnée des mêmes phénomènes, des mêmes troubles. Crachats purulents, nummulaires.

Depuis ce jour-là, les symptômes thoraciques prirent une marche plus aiguë : les crachats devinrent très abondants et purulents, l'hématoïse se faisait mal et la malade avait des phénomènes d'asphyxie lente. Elle ne se plaignait plus du ventre, bien que les deux petites tumeurs qui se trouvaient à l'orifice du canal inguinal fussent toujours sensibles et un peu moins volumineuses.

Cet état dura quinze jours avec une fièvre intense, 130 pulsations ; peau chaude, brûlante ; dyspnée ; et l'affaiblissement général faisait des progrès chaque jour.

La malade mourut le 5 février, sans agonie.

L'autopsie fut pratiquée le surlendemain.

Les cavités abdominale et thoracique furent mises à découvert et nous commençâmes par rechercher d'abord les lésions de l'appareil pulmonaire. Les poumons étaient littéralement farcis de granulations grises. Le poumon gauche, qui le premier avait été pris, était converti en une masse granulée. Le parenchyme pulmonaire était envahi entièrement. Quelques granulations jaunes existaient çà et là, mais en petite quantité. Les feuillets pleuraux étaient adhérents l'un à l'autre du côté gauche et cela à un tel point, qu'en enlevant ces organes une partie de leur tissu restait accolée aux parois.

Le cœur contenait des caillots fibrineux (post-mortem). Le foie avait subi la dégénérescence graisseuse et présentait l'aspect de ce qu'on appelle noix muscade.

Les reins étaient hyperémiés. Tout le long de l'intestin grêle existait une inflammation très manifeste. Je n'ai pas trouvé d'ulcérations intestinales.

Du côté de l'utérus, nous trouvons l'explication des douleurs abdominales très rares qu'elle a éprouvées.

L'utérus était revenu sur lui-même, et son volume ne dépassait pas celui d'un œuf de dinde. A gauche, au niveau de l'attache des ligaments larges, se trouvait une poche assez grande contenant un liquide purulent. *Cette cavité anormale était située au-dessous de la séreuse, à l'angle gauche du fond de l'utérus*, en dehors du tissu utérin. Le pus contenu dans cette poche fut enlevé, et nous avons pu examiner les parois de la cavité. Un stylet introduit par l'orifice interne de la trompe parcourut toute l'étendue de ce conduit sans pénétrer dans la poche. Nous n'avions pas là une inflammation de la trompe, une tubite ; ce conduit était resté intact et avait été, pour ainsi dire, disséqué par le travail inflammatoire.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal du côté malade était enflammé et un vaste abcès siégeait sur les parties latérales du sacrum, au niveau de son articulation avec la cinquième vertèbre lombaire ; très probablement les ganglions lymphatiques lombaires participaient à la formation de ce vaste foyer purulent.

Le ligament rond fut disséqué jusqu'au niveau de son expansion : il

était volumineux, de la grosseur d'une très grosse plume d'oie, et était entouré, au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal, par une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, tumeur qui ressemblait à un ganglion hypertrophié, enflammé; d'ailleurs, en ouvrant cette grosseur nous avons trouvé un noyau purulent enchâssé dans une loge bien circonscrite. Le pus était concret, dur, et se laissant écraser difficilement sous le doigt. Il ressemblait à cette matière blanche vermicelloïde et adipiforme contenue dans les vaisseaux lymphatiques utérins enflammés.

Pas de pus dans les sinus utérins. Ovaires sains.

Nous croyons avoir eu devant les yeux un cas d'abcès angioleucitique des parois utérines.

**Obs. IV.** — SCANZONI, d'après COURTY, p. 802, t. 2.

Jeune femme. Après une suppression de règles il s'était déclaré une métrite violente traitée pendant environ 8 jours, sans obtenir une diminution des douleurs; bien au contraire, la sensibilité de la région utérine augmenta de plus en plus, des frissons se répétèrent plusieurs fois, et il se développa au-dessus de la portion horizontale du pubis droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, passablement résistante et nettement limitée.

Le 22<sup>e</sup> jour de la maladie apparurent tout à coup les symptômes d'une péritonite violente et très étendue, à laquelle la malade succomba le 31<sup>e</sup> jour. La nécropsie démontra que la cause de la mort était la rupture d'un abcès, de la dimension d'un œuf d'oie, *situé à la partie droite et supérieure de l'utérus*, dont le pus s'était frayé un chemin à travers les couches externes de la substance de l'utérus et son enveloppe péritonéale.

**Obs. V.** — SAXINGER, d'après OTTO FRANQUÉ.

Femme de 30 ans, présentant les symptômes d'une péritonite généralisée depuis 48 heures.

Elle avait toujours été bien portante.

Il y a trois mois, accouchement difficile d'un enfant mort. Elle garda le lit durant trois à quatre semaines.

Mort au bout de 36 heures.

*Autopsie.* — Péritonite suppurée et putride.

Utérus du volume d'un œuf d'oie. Dans sa partie postérieure existe un foyer du volume d'une noisette, plein de pus, présentant un petit orifice.

Le tissu utérin environnant est mou, rouge-gris. Pas de communication entre l'abcès et la cavité utérine. L'abcès a dû commencer il y a trois mois et est d'origine puerpérale.

Sa perforation a amené la péritonite généralisée.

**Obs. VI.** — CHURCHILL. *Traité pratique des maladies des femmes.*  
Traduction française, p. 322.

Howship, dit Churchill, a une préparation d'utérus dans les parois duquel il y a un abcès qui contient 30 grammes de pus.

**Obs. VII.** — HERVEZ DE CHÉGOIN. Abcès dans l'épaisseur du fond de la matrice, avec développement énorme des fibres charnues. *Bull. de la Soc. impériale de chirurgie de Paris*, 2<sup>e</sup> série, t. 9, 1868.

Une femme de 46 ans entra à la Charité dans le mois de juin 1827, salle Saint-Joseph, pour une tumeur du ventre dont le commencement datait de huit mois. Cette femme était accouchée sept ou huit ans auparavant.

La tumeur était placée immédiatement au milieu et au-dessus du pubis et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Elle était du volume d'une grossesse de six mois, mobile, élastique et assez ferme pour laisser incertain sur la présence d'un liquide. M. Roux avait cru à une hydropisie de l'ovaire. Le toucher par le vagin faisait trouver le col utérin dans l'état naturel.

A l'autopsie on constata ce qui suit : Quand les parois de l'abdomen furent incisées, on découvrit une tumeur isolée de forme oblongue ; sa surface était lisse, d'apparence charnue, parsemée sur le côté et en bas d'arborisations qui portaient d'un tronc commun inférieur.

On fit une incision verticale et on arriva dans une cavité aussi grande que la matrice au cinquième mois de la grossesse contenant du pus bien lié, légèrement verdâtre, fade et sans odeur putride. Il y avait dans le fond des flocons nombreux, un, entre autres, gros comme une noix et ferme. La paroi interne de cette cavité était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne ; le fond de la cavité avait un pouce et demi d'épaisseur, un pouce au milieu, et un demi-pouce en bas. Les fibres, quoique infiltrées, étaient évidemment charnues. Quand on eut incisé la tumeur jusqu'au vagin, on vit que le col utérin était très allongé, et que la cavité de la matrice existait. Sa face interne était rouge et son cul-de-sac bien visible. Les trompes de Fallope naissaient sur les côtés et enfin on voyait la moitié de l'épaisseur des fibres de la matrice se continuer avec son fond, de manière que l'abcès s'était développé au milieu des fibres de cet organe. Les ovaires étaient petits, granulés ; les vaisseaux des ligaments larges étaient très nombreux et remplis de sang noir.

**Obs. VIII.** — J. L. CHAMPIONNIÈRE. *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine.* Thèse de Paris, 1870, p. 24 et in *Bull. de la Soc. Anat.*, 1869, 2<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 185.

Grâce à l'obligeance de mon ami M. Liouville, j'ai pu tout récem-

ment étudier une pièce, type remarquable de ces abcès, que j'ai présentés à la *Société Anatomique* (fig. 17).

Sur une femme morte de péritonite, le 12 octobre, à la Pitié, accouchée le 31 août à l'hôpital Cochin, j'ai montré des abcès volumineux allant de la face postérieure vers les angles ; d'autres abcès siégeaient au col, au niveau de l'union du corps et du col. Il était facile de remarquer que ces abcès contenaient le pus un peu crémeux, sans mélange de sang, qu'on trouve dans les lymphatiques ; que leurs parois lisses offraient toute l'apparence des parois vasculaires ; que leur siège aux angles utérins, leur situation sous-péritonéale et non intra-musculaire, les rapprochaient des lymphatiques distendus. Aucune veine n'était malade dans cet organe.

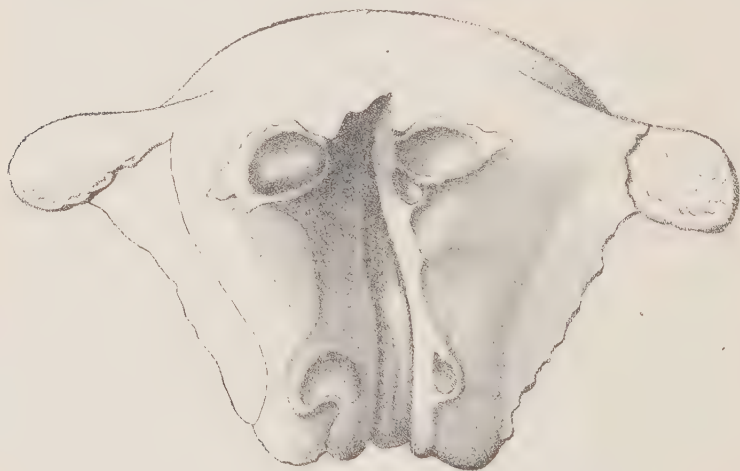


FIG. 17. — Abscès de l'utérus. — Siège remarquable dans les angles et le col d'après J. L. CHAMPIONNIÈRE.

Il y avait une péritonite violente, au niveau des angles et des annexes, surtout à droite.

Il n'y avait, avec des abcès aussi volumineux, aucune trace d'inflammation du tissu musculaire.

**Obs. IX.** — J. L. CHAMPIONNIÈRE. *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*. Thèse de Paris, 1870, p. 24.

Pièce recueillie, dans le service de M. Denos, à Saint-Antoine, par Paul L. Championnière, sur une femme morte le 31 octobre, 41 jours après l'accouchement. Il y avait un abcès utérin très volumineux en arrière, au niveau de l'union du corps et du col, produit par la dilatation d'un gros lymphatique ; il y avait, en outre, d'autres lymphatiques puru-

lents très bien conservés, de la péritonite généralisée, et une collection purulente du ligament large.

**Obs. X.** — FINNELL. *New York pathological Society*, 11 octobre 1871, in *Medical Record*, New-York, 1871-1872, t. VI, p. 403.

Le Dr Finnel présente l'utérus d'une femme de 25 ans.

Enceinte de 7 mois, cette femme essaya de se faire avorter. N'ayant pas réussi par ses propres moyens, elle eut recours à une professionnelle et succomba.

A l'autopsie on trouva un utérus très gros, mesurant 5 pouces dans un sens et 4 dans l'autre.

A la partie antérieure et supérieure du fond et dans le parenchyme existait un abcès contenant 5 ou 6 onces de pus.

Des débris de placenta étaient encore adhérents à la surface interne de l'organe. Le canal cervical était indemne.

**Obs. XI.** — ASHFORD. Metritis. Report of Columbia Hospital for women. Washington D. C. 1873. *Report of section diseases of females at Columbia Hospital dispensary*, p. 252.

Fille de 17 ans soupçonnant une grossesse, alla trouver un charlatan pour s'en assurer. On pratiqua sur elle une tentative d'avortement quoiqu'elle ne fût pas enceinte. Elle ressentit immédiatement après, de grandes douleurs et alla consulter un médecin qui constata que le col était horriblement dilaté, l'utérus un peu plus volumineux, extrêmement mou, le vagin chaud et couvert de sécrétions purulentes. La défécation et la miction étaient très douloureuses. Il n'y eut aucune hémorrhagie ; il était donc impossible que le fœtus ait été expulsé sans qu'on s'en aperçût. Légère élévation de température.

Le jour suivant, frisson ; la lèvre postérieure était plus tuméfiée. La tuméfaction se développait vers le haut. On pensa à un abcès de la paroi postérieure du col se prolongeant aussi vers le corps ; mais on ne pouvait pas sentir de fluctuation.

Le jour suivant on mit un spéculum de Simon, et Ashford incisa au bistouri la lèvre postérieure. Dès que le bistouri eut pénétré de trois quarts de pouce il s'écoula 2 onces (60 gr.) de pus et une grande quantité de sang. Le vagin fut tamponné doucement et pendant quelque temps il persista une sécrétion de pus. La malade qui s'était trouvée soulagée dès l'ouverture de l'abcès se rétablit après avoir gardé le lit 6 semaines.

Ashford rappelle que Churchill publia une observation analogue, mais il ne put trouver l'original.

Obs. XII. — GRAMMATIKAT. *Vrach.* St-Pétersbourg, 1886.

En 1881, le 22 mars, est entrée à la clinique d'obstétrique et de gynécologie, une femme de 35 ans se plaignant d'une tumeur abdominale qui la faisait beaucoup souffrir.

A la suite d'une chute, huit mois avant d'entrer à l'hôpital, la malade constata des irrégularités dans ses époques menstruelles. Les règles devinrent plus abondantes. Cette femme fit une seconde chute quelque temps après ; elle s'aperçut alors de la présence d'une tumeur dans la région inguinale droite et les règles cessèrent en novembre 1880.

Cette femme est très maigre, petite, rachitique. Dans l'abdomen on trouve une tumeur arrondie, de consistance dure, élastique, mobile dans tous les sens, indolente à la palpation et remontant jusqu'à l'ombilic. A l'auscultation de la tumeur on entendait des bruits synchrones au pouls de la malade. Par le toucher on constate que la tumeur se continue avec l'utérus.

Il faut signaler également la pigmentation des seins et de la ligne blanche, la présence des tubercules de Montgomery et d'autres signes de grossesse.

Etant donnée l'asymétrie du bassin, on provoqua l'accouchement au 8<sup>e</sup> mois.

Le soir de l'accouchement la malade eut de violents frissons et ressentit au niveau du fond de l'utérus une douleur vive qui persista les jours suivants ; les lochies étaient purulentes et fétides.

Bientôt se déclarèrent les symptômes d'une péritonite généralisée à laquelle la malade succomba.

A l'autopsie on trouva une grande quantité de pus dans le petit bassin. L'utérus était augmenté de volume et flasque, le fond était recouvert de fausses membranes et se trouvait très aminci surtout à gauche. On y constate une ulcération profonde en forme de trou à bords excavés, irréguliers, dont le grand diamètre correspondant à l'axe transversal, mesurait 3 cent. 9 ; la paroi postérieure de l'utérus avait 9 centimètres de long ; la paroi antérieure 7 cent. 5 environ. L'épaisseur des parois était de 1 centimètre à 1 cent. 5. Les trompes et les ovaires recouverts de fausses membranes adhéraient à la paroi postérieure de l'utérus.

Par l'examen microscopique de coupes faites dans toute l'épaisseur de l'utérus au voisinage de la région du fond amincie, on constate que la couche interne correspondant à la muqueuse de l'utérus est envahie par des cellules rondes. Les couches sous-jacentes sont aussi complètement envahies par ces mêmes cellules rondes et par places seulement on distingue des cellules musculaires mal imprégnées par les réactifs. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la surface interne, ces éléments diminuent peu à peu et se fixent sur le tissu conjonctif intra-

musculaire, et plus loin encore exclusivement le long des vaisseaux. A mesure qu'on se rapproche des couches externes ces phénomènes disparaissent. C'est dans les régions de l'utérus, voisines de la zone atrophiée, que ces phénomènes sont le plus marqués.

Il est évident que le processus de destruction du tissu utérin était en pleine évolution. Comme dans tous les éléments en voie de destruction l'imprégnation par les réactifs colorants se faisait mal, et au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce foyer la coloration devient normale. En outre dans les régions envahies par ce processus de destruction les vaisseaux étaient thrombosés.

La recherche des microorganismes dans les lymphatiques et les vaisseaux thrombosés a été négative.

Grammatikat conclut à un abcès de l'utérus ouvert secondairement dans le péritoine.

**Obs. XIII.** — BOLDT. Abscess of the uterus, puerperal pyosalpinx and intra-peritoneal abscess. *Proceedings of the New-York path. Soc.*, 1888, p. 89. New-York, 1889.

Femme de 22 ans. Accouchement normal il y a quatre semaines, puis forte fièvre et douleurs continues dans l'hypogastre.

*Examen* : Utérus gros et mou. Des deux côtés tumeurs fluctuantes.

*Diagnostic* : Salpingite septique.

Laparotomie.

Mort quelques heures après.

On a trouvé un pyosalpinx à droite ; un gros abcès encapsulé, intra-péritonéal à gauche.

Après l'ouverture de la paroi antérieure de l'utérus, on a trouvé un abcès contenant 3 à 4 grammes de pus, situé dans l'intérieur de la tunique musculaire. Son diamètre était de 3/8 de pouce ; le foyer avait la forme d'un canal ayant traversé presque toute la largeur de l'utérus dans la moitié supérieure du corps. Il était très nettement limité. D'après Boldt c'était un infarctus de la paroi de l'utérus.

**Obs. XIV.** — AUGUSTEIN. *Abscessus parietis uteri*. Inaug. Diss. Leiden, 1893.

A. B..., âgée de 24 ans, domestique, célibataire, est reçue à la clinique de Leide le 12 septembre 1892, comme femme enceinte.

L'anamnèse apprend ce qui suit : les règles ont commencé à 15 ans ; elles ont été régulières, jamais très abondantes, duraient trois jours et étaient indolores. La malade a toujours été bien portante jusqu'en janvier 1892, date du début d'une grossesse.

Elle se plaignait alors de fièvre, de vomissements, de diarrhée et fleurs blanches ; l'analyse des urines ne montra rien d'anormal. Elle

fut soignée pendant trois mois, mais sans succès jusqu'à ce qu'on découvrit une grossesse. Depuis deux mois seulement elle est redevenue complètement bien portante.

Sans cause apparente, la température monta le soir du 23 septembre à 38°2. Le lendemain la température de midi fut 38°4.

Dès le matin la malade se plaignit de crampes dans le ventre. A l'examen, elle sembla être en travail. L'accouchement se fit sans aide et se termina dans l'après-midi à 3 h. 45. L'enfant était petit et ne mesurait que 47 centimètres.

Pendant les quatre premiers jours de la couche la température oscilla jusqu'à 40° comme maximum. Comme on soupçonnait le paludisme on lui donna un gramme de quinine le matin. Voyant que ce traitement ne faisait rien et que la fièvre était survenue sans cause (car il n'y avait pas de douleurs abdominales ; l'abdomen n'était pas douloureux à la pression ; les lochies étaient normales), le 29 septembre on lui donna de la teinture d'eucalyptus.

Le lendemain la température était cependant au-dessus de 38° et montait à 4 heures de l'après-midi à 40°2. La malade se plaignait de légères douleurs abdominales.

1<sup>er</sup> octobre. — A l'examen on trouve dans le pelvis du côté gauche, une tuméfaction douloureuse. On lui applique une vessie de glace et on lui donne du cognac à hautes doses. L'usage de la teinture d'eucalyptus fut continué.

8. — Jusqu'à ce jour le même traitement fut continué. Pendant les premiers jours on constata chaque soir une température de 39°6, 38° et 38°2. Ensuite la température resta au-dessous de 37°8.

La douleur n'a pas encore tout à fait disparu, mais a beaucoup diminué.

La malade se trouve bien, dort bien et se nourrit d'aliments maigres.

10. — On commence un traitement de résorption (injections vaginales chaudes, tampons glycinés).

17. — La patiente se sent mieux pendant quelques jours, puis recommence à souffrir de malaises, de douleurs abdominales, de manque d'appétit et d'insomnie. La température monte à 38°8 le soir. Les injections chaudes sont abandonnées.

18. — Température, le matin : 38°2, le soir : 39°. La malade se plaint de frissons. On lui met une vessie de glace, car elle souffre davantage du ventre et on recommence le traitement au cognac.

Pendant les trois jours suivants la température oscille entre 38 et 38°2.

24. — La température atteint le soir 40°4. On se décide à faire un examen sous chloroforme.

26. — Examen sous chloroforme : Rien d'anormal à l'extérieur. Mais cependant il est plus difficile d'introduire la main dans le pelvis à droite qu'à gauche. Organes génitaux externes normaux.

Toucher : Le vagin ne présente pas de déviations. Le col est mou,

regarde à droite et est déchiré de ce côté. Dans le cul-de-sac on trouve une tumeur dure qui, à l'examen bimanuel, semble être de la grosseur du poing. Cette tumeur est placée à droite de la ligne blanche et peut être saisie entre les deux mains. La tumeur est de forme irrégulière, de consistance dure et tient au corps de l'utérus qui est dévié à gauche en antéverson. Il n'y a pas d'union entre la tumeur et la paroi du bassin. On ne peut sentir l'ovaire droit.

Les annexes gauches ne sont pas normales ; de la corne utérine gauche on sent se détacher un cordon de la grosseur d'un crayon, de consistance molle, se dirigeant vers la paroi pelvienne. On ne peut arriver à rejoindre les doigts des deux mains qui explorent. L'ovaire est de taille normale et assez mobile.

On porte le diagnostic de pyosalpinx blennorrhagique droit avec salpingite gauche.

27. — Laparotomie médiane de 12 centimètres. On voit que pas plus à droite qu'à gauche il n'y a de tumeur salpingienne. Les trompes et les ovaires sont normaux. Les anses intestinales adhérentes à gauche de l'utérus sont faciles à décoller. La vessie est de même facile à détacher de la face antérieure du corps de l'utérus.

Le corps utérin est gros comme le poing et facile à saisir. La moitié droite est plus volumineuse et dure au toucher ; sa partie gauche plus petite et moins dure. Dans la moitié volumineuse il y a un point fluctuant. On ponctionne avec l'aspirateur qui ramène un peu de pus. On protège alors avec des tampons et l'on incise la tuméfaction : il s'écoule beaucoup de pus. On curette les parois de l'abcès et on le bourre avec de la gaze iodoformée. Fermeture de la paroi avec des crins de Florence profonds, en laissant passer une mèche.

Suites opératoires normales. Le 30 octobre on enlève la mèche. La malade rend des gaz.

La convalescence est normale, sauf qu'il se produit une fistule sécrétant un peu de pus au niveau de la mèche. Cette fistule se ferme bientôt.

Le 5 décembre, accès paludique typique.

Le 17 janvier 1893, la malade quitte la clinique, guérie.

Pas d'examen histologique ni bactériologique.

Mais l'auteur insiste sur ce fait que l'abcès était bien dans la paroi de l'utérus (abscessus parietis uteri).

**Obs. XV.** — A. PETTIT et PICHEVIN. Abcès de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gynécol. de Paris*, 1895, p. 502.

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, réglée à 13 ans et qui, depuis cette époque, a toujours présenté des troubles menstruels. Avant son mariage, elle avait tantôt de l'aménorrhée pendant trois ou quatre mois, tantôt des pertes abondantes qui duraient douze ou quinze jours. Ces métrorrhagies amenèrent un état chlorotique très manifeste, quand la malade eut 17 ans.

A 19 ans, Mme X... se maria. Trois ou quatre mois après elle eut un écoulement sanguin peu abondant, mais continu. Les ménorrhagies furent aussi abondantes et revinrent tous les trois ou quatre mois.

En 1885, cette femme a une grossesse et un accouchement normaux. Les suites de couches sont très simples.

Cinq mois après ce premier accouchement, Mme X... fait une fausse couche de 6 semaines.

En août 1887, elle a une nouvelle grossesse suivie d'un accouchement, qui ne présente rien de particulier à signaler.

Un autre accouchement plus laborieux que les précédents a lieu en juillet 1889. Mais cette femme n'a pas d'accidents puerpéraux.

Les règles deviennent régulières et peu abondantes.

En 1892, Mme X... commence à rendre par le vagin des glaires et du pus. Ce n'est qu'à l'occasion de fatigues exagérées qu'elle ressent de la pesanteur dans le ventre. En même temps, la quantité de pus s'écoulant par le vagin était augmentée. Les règles restent régulières et non douloureuses.

Cet état persiste pendant trois ans.

En janvier 1895, des troubles dysménorrhéiques réapparaissent. jusqu'au mois de juin, les douleurs pendant la menstruation persistent, mais il n'y a aucune souffrance, aucune perte dans l'intervalle des périodes intermenstruelles.

Au mois de juin, deux ans après la cessation de ses règles, cette malade éprouve dans le bas-ventre des troubles intolérables. Un praticien fait une opération sur la nature de laquelle il a été impossible d'avoir des renseignements et parle à la malade d'un abcès de l'utérus, lors du départ de cette femme.

Mme X... reste trois semaines au lit et perd constamment du sang et du pus par le vagin.

Cette femme se plaint de douleurs dans le ventre, comme au mois de juin, et, de plus, souffre en allant à la selle.

Au mois d'octobre, Mme X... a une hémorrhagie utérine abondante. On porte le diagnostic de fausse couche et la malade entre à l'hôpital quelques jours après.

*Examen* : Utérus volumineux dépassant la symphyse de deux travers de doigt et en latéroposition droite avec légère antéflexion. Le col est un peu entr'ouvert, kystique et la matrice est mobile.

A gauche de l'utérus se trouve une masse ovaro-salpingienne de la grosseur d'une petite orange, douloureuse à la pression et assez lisse. A droite existe une tuméfaction plus petite, moins sensible à la palpation et sans bosselures. On porte le diagnostic d'utérus fibromateux avec lésions inflammatoires des annexes.

L'hystérectomie est pratiquée par l'un de nous. On enlève aisément l'utérus ; les deux masses latérales sont extraites assez facilement, à gauche l'épiploon est adhérent sur une assez large surface.

Guérison.

Les pièces sont examinées immédiatement.

L'utérus présente un développement considérable au niveau de la corne droite. Il existe une masse proéminente du volume d'un œuf occupant le fond et développée aux dépens de la corne gauche. La tumeur qui fait saillie par en haut s'incline à droite, de sorte que l'utérus en totalité a l'air d'être en latérodéviation droite.

La corne gauche est peu accentuée.

On croit à première vue que la corne gauche est occupée par un fibrome que l'on sectionne de haut en bas. On tombe dans une cavité contenant une certaine quantité de pus et séparée de la séreuse péritonéale par une épaisseur de 1 cm.  $1/2$  environ de tissu utérin. L'abcès, du volume d'une petite noix, s'ouvre dans la cavité utérine et est indépendant du trajet pariétal de la trompe gauche. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière et d'aspect grisâtre. Les parois formées exclusivement par le tissu utérin se confondent avec le reste du parenchyme. En aucun point, on ne trouve trace de fibromyome.

Le pus n'a pu être soumis à l'examen bactériologique. Nous n'avons pris aucune précaution antiseptique pour ouvrir l'utérus. Les deux masses latérales étaient formées par des kystes dermoïdes suppurés.

L'examen histologique ne permet pas de doutes sur la nature de la pièce ; on est en présence d'un véritable abcès de l'utérus caractérisé par l'existence d'une collection purulente limitée par une accumulation considérable de globules de pus ; l'ensemble de ces formations s'est développé au sein du parenchyme utérin dont elle a pris finalement la place.

La collection purulente est bornée par une couche dense de très petits leucocytes d'une épaisseur variable et pouvant atteindre 1 millimètre. Les parties immédiatement sous-jacentes (vers la périphérie) sont constituées par des lacs de pus qui fusent autour des glandes utérines profondément altérées. Une troisième couche est formée par des glandes utérines considérablement dilatées et séparées souvent les unes des autres par une faible quantité de tissu utérin qui s'est infiltré de très nombreux éléments inflammatoires ; cette disposition donne aux coupes dans cette région un aspect presque aréolaire.

Ces glandes présentent encore ici de profondes altérations ; comme dans la couche précédente, leur lumière est comblée par un coagulum abondant, moins dense cependant et qui se rétracte sous l'influence des réactifs ; leur épithélium est le plus souvent détruit et ce n'est qu'en quelques rares points qu'on constate la présence des éléments glandulaires.

Dans les parties plus voisines de la périphérie le tissu utérin n'est plus le siège que de modifications beaucoup moins sensibles : il n'y a à signaler que la présence en de nombreux points de cellules embryonnaires, ainsi qu'un épaissement des parois vasculaires.

Enfin, il est un point spécial qui mérite l'attention : c'est la présence dans les couches les plus centrales de grandes cellules qu'on rencontre en îlots épars ou en cordons aussi bien à l'intérieur des cavités glandulaires que dans l'épaisseur du tissu interposé aux glandes utérines ; il faut toutefois remarquer que ces éléments ne dépassent pas la limite des glandes. Ces cellules mesurent en moyenne  $20\ \mu$  ; elles présentent un gros noyau et un cytoplasme bien développé ; leur forme enfin est irrégulièrement polyédrique.

Dès lors, il semble plausible de considérer ces éléments, si on en juge d'après leur forme et leur répartition, comme des cellules déciduales qui sont les témoins d'une grossesse dont cliniquement nous avons pu établir l'existence.

**Obs. XVI.** — MAX MADLENER. Ueber metritis gonorrhoeica. *Centralblatt für Gynäkologie*, 14 décembre 1895, n° 50, p. 1313.

Femme de 29 ans ayant accouché il y a sept semaines pour la troisième fois. Les accouchements précédents s'étaient passés normalement et la malade était tout à fait bien portante jusque trois semaines avant le dernier accouchement. A ce moment là elle eut un fort écoulement de pus.

L'accouchement fut normal, la malade resta couchée sept jours. Cinq semaines après elle ressentit des douleurs à l'hypogastre pour lesquelles elle se décide à entrer à l'hôpital.

L'utérus est sensible, mou, du volume d'un utérus gravide de trois mois. A droite on trouve une tumeur annexielle du volume du poing, à gauche une autre tumeur du volume d'un œuf de poule. Le paramètre est libre, le col de l'utérus très mobile. Dans le pus qui s'écoulait du col, on trouve des gonocoques purs. La fièvre était à 38°4.

Le 14 octobre 1895, hystérectomie vaginale. A droite : pyo-salpingite contenant peu de pus ; à gauche trompe du volume d'un doigt, atrésiée, renfermant un peu de liquide séreux.

L'utérus était volumineux, sa paroi, mesurant 20 millimètres au niveau du corps, 14 millimètres dans le col, était molle et œdématiée.

Au niveau de la corne gauche existaient de petits points jaunes, du volume d'un pois, constituant une infiltration purulente du muscle utérin.

L'examen histologique de la paroi de l'utérus révéla la présence au niveau du fond d'une accumulation de cellules rondes. L'infiltration est très abondante entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux ; on y trouve des cellules ressemblant à des cellules épithélioïdes, des leucocytes polynucléaires, des mastzellen.

Dans le col et dans la partie inférieure du corps les phénomènes inflammatoires sont beaucoup moins nets.

L'examen bactériologique permet de reconnaître des gonocoques au niveau des foyers inflammatoires et même à l'intérieur des cellules,

surtout dans les foyers purulents de la corne gauche de l'utérus. Au niveau du col les gonocoques existaient aussi mais étaient extra-cellulaires.

Madlener pense qu'il s'agit d'une infection gonococcique qui s'est réalisée dix semaines avant l'opération. La pénétration des germes dans la cavité utérine et de là dans le myomètre ne s'est produite qu'après l'accouchement.

**Obs. XVII.** — PENROSE. Bilateral abscess of the uterine walls.

*The American Journal of Obstetrics*, 1895, vol. 32, p. 292.

M. F..., 22 ans, russe, multipare, malade depuis la naissance de son enfant, il y a huit semaines. Accouchement difficile, nécessité de faire une application de forceps. Trois jours après l'accouchement elle commença à souffrir dans le bas-ventre et à avoir de la fièvre, surtout la nuit. A son entrée à l'hôpital elle se plaignit de douleurs dans la fosse iliaque gauche et pendant les trois premiers jours sa température oscilla entre 102° 3 et 100° F. Pouls entre 100 et 130.

Examen génital: Col déchiré. Masse solide remplissant la région ovarienne gauche.

*Opération.* — Laparotomie. On trouve les intestins adhérents au fond de l'utérus et aux faces antérieure et postérieure du ligament large gauche. Après avoir rompu ces adhérences on trouve sur le côté droit de l'utérus dans la paroi même de l'utérus et au-dessous de la corne un abcès contenant environ une drachme (2 gr.) de pus. Un abcès plus petit fut découvert sur le côté gauche de l'utérus, communiquant avec la cavité d'un abcès du ligament large gauche qui communiquait lui-même par un trajet avec le muscle psoas. Les trompes ne présentaient rien de particulier. Ablation de l'utérus et des annexes. En pressant alors sur le muscle psoas gauche après section du ligament large, on voit s'échapper du pus. Lavage de la cavité pelvienne. Drainage. Guérison rapide en deux semaines.

*Examen des pièces.* — L'utérus présentait dans ses trois diamètres les dimensions suivantes: 8, 1; 7, 3; 3 centimètres. La paroi musculaire était jaune, apparemment en dégénérescence graisseuse. Sur chaque paroi latérale au-dessous de la corne existe un abcès; celui de gauche est beaucoup plus volumineux et a détruit partiellement le tissu utérin.

Le péritoine recouvrant les faces antérieure et postérieure de l'utérus est normal.

Les trompes présentent de la salpingite subaiguë avec de l'hypertrophie des parois. Les ovaires contiennent quelques kystes folliculaires.

**Obs. XVIII.** — DAVIS. *American Journ. of Obstetrics*, 1895, t. XXXI, p. 155-161 d'après CRISTEANU, *Revue de Gynécologie*, n° 4, 1904, p. 642.

Température entre 38° 9 et 37° 8. Deux semaines après l'accouchement, laparotomie. Hystérectomie sus-vaginale. Porro. Guérison. Absès sous-péritonéaux dans le parenchyme.

**Obs. XIX.** — MENGE, 1897 (d'après FRANQUÉ).

Femme de 40 ans, mariée, chez laquelle on pratique l'hystérectomie supra-vaginale pour annexite bilatérale d'origine gonococcique.

La malade avait été infectée six semaines auparavant par son mari.

Dans la muqueuse on trouve des gonocoques. Dans la corne droite de l'utérus, il existe une petite tumeur saillante qu'on prend pour un petit myome interstitiel.

Après incision, on constate qu'on se trouve en présence d'un abcès sous-péritonéal ne communiquant ni avec l'utérus, ni avec la trompe. Cet abcès contient un pus franc, riche en gonocoques intra-cellulaires.

**Obs. XX.** — KUSTNER. Lage u. Bewegungsanomalien des Uterus. Veit, *Handbuch der Gynäk.*, t. I, p. 190, Wiesbaden, 1897.

Küstner a vu des abcès atteignant le volume d'une noix dans un cas opéré pour prolapsus utérin, et leur attribue comme cause les ulcérations du col.

**Obs. XXI.** — FRITSCH (d'après FRANQUÉ).

Fritsch a observé une métrite aiguë après une discision bilatérale pour laquelle on a pratiqué une dilatation et tout d'un coup un flot de pus s'écoula.

« J'ai pu constater nettement que l'abcès était situé dans le muscle utérin et qu'il ne s'agissait pas d'un grand follicule suppuré. »

Au point de vue étiologique, il s'agit d'une infection de la plaie par les microbes pyogènes après la première opération.

**Obs. XXII.** — GEORGE H. NOBLE, of Atlanta, Ga. — Report of four cases of abscess of the uterus. *Southern Surgical and Gynaecological Association*, St-Louis, 9 novembre 1897, in *Medical Record*, New-York, 1897, t. II, p. 829.

Le premier cas était d'origine puerpérale. L'opération fut faite à la fin de la seconde semaine. Il y avait une trompe purulente et un abcès de l'ovaire gauche.

Les annexes du côté droit étaient normales.

On trouva un abcès du fond de l'utérus, du volume d'un citron. Il fut incisé, curetté et cautérisé à l'acide carbonique.

La cavité allait de la ligne médiane jusqu'à la racine des annexes gauches.

Drain dans le Douglas. Guérison.

L'auteur pense qu'il n'est pas toujours nécessaire d'enlever l'utérus dans les suppurations du parenchyme utérin.

**Obs. XXIII.** — GUIDO CAVAZZANI. Grandi ascessi parenchimatosi dell'utero (Osserv. 1). *Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti*, t. IX, série VII, 1897-1898.

S. A..., 18 ans, réglée à 14 ans ; puis les règles furent suspendues pendant les trois années suivantes avant le début de la maladie actuelle ; celle-ci a débuté par de la fièvre, des douleurs abdominales, du météorisme, de l'anorexie, des vomissements, de l'augmentation de volume du ventre, du ténesme vésical, des mictions fréquentes et autres troubles qu'elle ne se rappelle pas bien.

Après une période aiguë les symptômes s'amendèrent, mais il persista une tuméfaction dans le bas-ventre et des souffrances qui depuis lors ne l'ont jamais abandonnée. Elle resta trois mois à l'hôpital et retourna chez elle incomplètement guérie, présentant des diarrhées profuses ; pendant très longtemps elle eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, puis la fièvre apparaissant de nouveau, elle fut contrainte à rentrer une deuxième fois à l'hôpital le 3 mai 1897.

Il existe une tuméfaction abdominale, particulièrement accentuée dans la région médiane inférieure, qui est très proéminente, surtout quand la malade est couchée. A la palpation l'abdomen est mou, élastique, mais on trouve un corps arrondi, à surface lisse, commençant à trois travers de doigt de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis.

Il n'est pas possible de séparer cette masse des organes abdominaux et pelviens, elle est absolument immobile. Le toucher rectal permet de reconnaître que le petit bassin est occupé.

La douleur exquise de la péritonite manque à la pression, mais les régions déclives dans le décubitus dorsal sont un peu mates et donnent en plus la sensation de flot superficiel qu'on ne doit pas confondre avec le flot de la tumeur. La température oscille entre 38 et 39°5, avec rémissions intermittentes. Je fais le diagnostic de collection purulente enkystée.

Le 6 mai 1897 laparotomie sous-ombilicale. On voit aussitôt dans le fond un corps sphérique rappelant par sa couleur, sa forme, son volume un utérus gravide de six mois. Il était recouvert d'une lame péritonéale épaissie, de couleur rosée, légèrement adhérente, recouverte çà et là d'exsudats fibrineux à divers stades d'organisation. Tout autour les

anses intestinales étaient adhérentes. Parmi ces exsudats les uns étaient constitués par des franges en forme de cordon terminées par des vésicules remplies de liquide séreux ; l'une d'elles un peu plus volumineuse contenait du pus.

La partie latérale et postérieure était très adhérente aux anses intestinales, si bien qu'il était impossible de passer la main derrière la tumeur et dans le pelvis, pour en retrouver le point d'origine ; on fut donc obligé d'agrandir la plaie abdominale.

Des deux côtés de la tumeur on trouva les trompes et les ligaments ronds, si bien qu'on en conclut que la tumeur siégeait dans l'utérus. On fit une ponction : il s'écoula un pus crémeux, jaune, inodore. On attira ensuite les parois de la tumeur jusqu'à l'incision abdominale et on ouvrit l'abcès ; il s'écoula alors deux litres de pus.

On put ensuite s'assurer que la tumeur était endo-utérine et qu'elle se continuait dans le corps et dans le col utérin.

La paroi qui entourait l'abcès, d'une épaisseur de 6 à 8 millimètres, de structure fibreuse compacte, lissé à l'extérieur, rugueuse à l'intérieur, présentait l'aspect macroscopique d'une paroi d'utérus gravide. L'abcès siégeait donc dans le mésomètre et avait séparé, disséqué les couches interne et externe.

Une partie de la poche fut excisée, le moignon fut suturé et drainé. Drainage péritonéal.

En deux mois la cavité de l'abcès se rétracta. Guérison.

Cette observation démontre clairement, dit l'auteur, la possibilité d'un abcès parenchymateux de l'utérus puisque ce dernier a été constaté par la vue et par le toucher.

Elle démontre également que l'abcès peut succéder à une métrite aiguë, évoluer lentement et durer presque un an sans tendance à se rompre dans aucune direction.

**Obs. XXIV.** — GUIDO CAVAZZANI. Grandi ascessi parenchimatosi dell utero (Osserv. 2). *Atti del R. Istituto Veneto di Scienze, lettere ed arti*, t. IX, série VII, 1897-1898.

C... Maria di Venezia, 55 ans, entre à l'hôpital le 20 septembre 1897.

A 30 ans elle présenta quelques troubles génitaux qui durèrent quelque temps, puis cessèrent.

Elle eut successivement six grossesses normales.

La ménopause survint à 50 ans.

Le 15 mars 1897, elle présenta quelques troubles pelviens et garda le lit durant un mois avec fièvre, anorexie, douleurs généralisées, toux. A l'examen physique on constata la présence d'une tumeur globuleuse, dure, lisse, peu mobile, peu douloureuse, siégeant sur la ligne médiane, dans le bassin et arrivant jusqu'à l'ombilic. Température 38°.

Le toucher combiné permit de reconnaître que le col était gros, dur, ulcéré, saignant facilement.

Le cul-de-sac postérieur était occupé par une masse arrondie, molle, fluctuante.

Le 22 mars, on l'incisa en rasant le col et en dirigeant la lame vers le corps de l'utérus. Il sortit une quantité notable de matière purulente et gangrénée. La tumeur abdominale disparut et la malade se croyant guérie sortit le 17 avril.

En septembre donc elle revient, présentant des pertes fétides, des douleurs lombaires, une tumeur abdominale médiane, arrondie, presque fluctuante, s'élevant à trois travers de doigt du pubis, intimement unie à l'utérus et mobile avec lui. Le col présentait toujours les mêmes caractères de dureté, de tuméfaction et l'ulcération déjà signalée.

Le 7, j'abrasai tout le col et la portion inférieure du corps et curettai le fond.

Je produisis dans la paroi utérine qui était ténue et amincie, dans sa partie antérieure et supérieure un petit orifice duquel s'écoula une petite quantité de liquide séreux qui n'était pas de l'urine, mais un liquide un peu albumineux.

L'état ne se modifiait pas. Aussi le 23 novembre on fait la laparotomie.

Il existait une tumeur manifestement fluctuante qui était un cystome multiloculaire à loges complètement fermées et séparées, qui occupait le fond de l'utérus et se prolongeait dans le ligament large jusqu'au rebord pelvien.

Le péritoine qui doublait le kyste fut incisé, il fut énucléé facilement dans la portion supérieure ; mais avec beaucoup de difficulté dans la partie inférieure à cause de sa grande profondeur et d'une petite artériole qui saignait et qu'on eut beaucoup de peine à lier.

Au-dessous du kyste, on ne trouve pas trace d'utérus. Evidemment le liquide séreux sorti pendant le curettage le 7 septembre était le contenu d'une petite loge kystique, perforée par la curette. La substance de l'utérus était donc en partie détruite.

Hystérectomie. Guérison rapide.

Il y avait dans ce cas association d'un cancer cervical et d'un abcès parenchymateux.

**Obs. XXV.** — RICKETTS. Abscess of the uterus in puerperal, septicæmia. *The Cincinnati Lancet clinic*, t. XL, 1898, p. 460.

Ilpare, 25 ans. Accouchement le 12 mars. Huit jours après, septicémie puerpérale grave. Le 25 on constate une tuméfaction à gauche dans la profondeur du petit bassin : état général grave.

Laparotomie.

Péritoine rouge sombre ; un demi-litre de liquide environ dans la cavité abdominale. Ovaire gauche et trompe adhérents mais pas de pus.

A travers la plaie, il fut possible de toucher le fond de l'utérus et

la masse située à gauche et de localiser le pus au-dessous de la trompe dans la paroi de l'utérus. Ricketts se décida alors à faire un drain par l'orifice de l'utérus, sans ouvrir le péritoine si possible ; avec l'index et le médius de la main gauche il déprima l'utérus le plus possible vers le vagin et avec l'index droit enfoncé dans le col il ouvrit l'abcès qui laissa évacuer 2 à 3 onces (c'est-à-dire 60 à 90 grammes) d'un pus sale. Puis lavage et tamponnement de l'utérus. Drainage de la cavité abdominale avec de la gaze iodoformée. 72 heures après la malade était hors de danger. Pouls et température normaux.

**Obs. XXVI.** — TURENNE. Abcès de l'utérus, abcès du ligament large. *La Gynécologie*, t. III, 1898, p. 105.

Antoinette P..., multipare de 43 ans, sans passé génital pathologique. Accouchement à terme le 6 septembre 1897, suivi d'une légère hémorrhagie.

Quelques heures après, une douleur vive apparaît dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, avec irradiations dans la cuisse droite. Dix jours après, sans que la douleur disparût, on constate un écoulement fétide qui cède rapidement à des injections vaginales.

Dès les premiers jours, il semble avoir existé une fièvre légère (céphalée vespérale, bouffées de chaleur, inappétence).

Un médecin est appelé à ce moment, et, sans examiner la malade, établit un traitement symptomatique (onctions belladonnées, fomentations chaudes, injections vaginales).

Cinq jours après, un autre collègue constate l'existence d'une tumeur latéro-utérine, petite, douloureuse, qui augmente rapidement. Il continue le traitement institué dès le commencement, mais ne formule pas de diagnostic. La température pendant quinze jours oscilla entre 38° et 39°.

Je suis appelé en consultation le 28 octobre.

Je trouve une malade très affaiblie, au teint jaunâtre, émaciée, sous-fébrile (37°8). A un examen rapide je perçois une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, mobile, douloureuse, fluctuante, accessible autant par l'abdomen que par le cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche, déviant l'utérus à droite. La sensibilité abdominale m'empêche de serrer de plus près le diagnostic. Avec réserves, je formule le diagnostic d'abcès du ligament large, et conseille une intervention immédiate et le transport de la malade à la clinique gynécologique de la Faculté, réservant pour ce moment un examen plus approfondi.

Le 2 novembre j'opère, assisté par le Dr Bottaro, chef de clinique gynécologique, et M. Calcinardi, interne. L'examen fournit les renseignements suivants : col mou, entr'ouvert, saigne facilement, écoulement jaune gommeux, strié de sang. Corps volumineux, mou, doulou-

reux, 11 centimètres, cavité déviée à droite, assez mobile, descend avec facilité.

A gauche, tumeur bien limitée, de la grosseur d'un œuf d'autruche, accessible au-dessus de l'arcade de Poupart, accessible également par le cul-de-sac antéro-latéral ; ses mouvements se communiquent à l'utérus, dont elle est séparée à peine par un petit sillon dans la région juxta-cervicale ; plus haut elle semble former corps avec lui ; fluctuation nette, mobilité de la tumeur ; pas de plastron abdominal, pas d'empatement des culs-de-sac. La tumeur a plutôt l'apparence d'un kyste du ligament que d'une tumeur inflammatoire, mais la marche clinique nous fait affirmer le diagnostic d'abcès du ligament large.

*Opération.* — En faisant la dilatation avec les Hégar, malgré la prudence de leur application, un d'eux file brusquement dans la profondeur et donne la sensation d'une perforation de l'utérus. La muqueuse est à peine fongueuse, mais l'utérus est très friable, il se déchire à la moindre traction de la pince de Museux.

Incision circulaire du vagin sur le col ; la vessie se décolle facilement, le tissu cellulaire vésico-utérin est absolument sain. A mesure que la libération progresse, la tumeur devient plus mobile et plus indépendante de l'utérus ; quand son pôle inférieur est accessible, je ponctionne avec le trocart Laroyenne, puis je fends largement la poche. Une grande quantité de pus jaune, bien lié, sans odeur, s'écoule de la cavité. Lavage de la cavité et exploration digitale qui démontre la texture aréolaire de ses parois.

Redoutant la possibilité d'une perforation utérine, je décide d'achever l'opération par une hystérectomie vaginale, profitant pour cela de l'incision vaginale que je complète sur les côtés avec deux autres perpendiculaires d'un centimètre de longueur.

Je poursuis le décollement en avant et en arrière ; ouverture du Douglas ; partout le tissu péri-utérin est absolument sain. La bascule de l'utérus est rendue difficile par la friabilité de son tissu qui rend impossibles les tractions. Hémisection antérieure. Au niveau de l'isthme l'incision tombe en plein dans une cavité purulente, pleine d'un liquide gommeux, strié de sang. A mesure que la section avance, de nouvelles cavités sont ouvertes soit avec les ciseaux, soit au moment des tractions. Toutes les cavités sont en plein tissu utérin, la plus grande occupe le fond de l'organe. Ouverture du cul-de-sac antérieur et bascule de l'utérus. Placement de deux pinces sur les annexes droites, et de trois sur les gauches en dehors de la cavité de l'abcès.

Des deux côtés, les annexes sont absolument saines.

Après l'opération, on fait à la malade une injection sous-cutanée de 500 centimètres cubes de sérum artificiel pour relever le cœur qui faiblissait légèrement.

La température ne dépasse pas 37°8 les trois premiers jours ; l'apyrexie fut complète après.

Le 23 novembre, le péritoine était complètement fermé. A la place de l'abcès du ligament large il restait une petite cavité de la grosseur d'une noix qui bientôt fut comblée.

La malade quitta l'hôpital au commencement de décembre, absolument guérie.

**Obs. XXVII.** — PROCHOWNICK. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1899, d'après CRISTEANU in *Revue de Gynécologie*, n° 4, 1904, p. 635.

Artiste, 25 ans. Secondipare. Le 17 octobre, grande hémorrhagie. Température élevée, pouls fréquent. Vingt-quatre heures auparavant, frisson violent, répété, hémorrhagie abondante. Le lendemain, avortement. Nouveau frisson dans la nuit. Température : 40°4. Streptocoques dans le sang.

Hystérectomie vaginale.

L'utérus enlevé est farci dans toute l'épaisseur de son parenchyme de nombreux petits abcès. Les foyers utérins contiennent des streptocoques en culture pure.

**Obs. XXVIII.** — DRÖSE. Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate durch Incision besw. Laparotomie. *Archiv für Gynäk.*, Bd 62, 1901 (d'après FRANQUÉ).

Primipare, 18 ans. Accouchement spontané. Le 3<sup>e</sup> jour frisson et 38°8 de température ; lochies d'une odeur pénétrante. Présence de streptocoques dans les sécrétions ; lavage de l'utérus avec de l'alcool.

Le 8<sup>e</sup> jour abaissement critique à 36°5 ; pouls encore accéléré. Bon état général.

Le 16<sup>e</sup> jour, sans cause apparente, élévation de la température ; présence de gonocoques dans les sécrétions. La fièvre continue ; le 23<sup>e</sup> jour on constate, à gauche de l'utérus, une tumeur du volume d'une pomme, dure, un peu sensible et bosselée ; le 34<sup>e</sup> jour empatement jusqu'au niveau de l'ombilic et derrière l'utérus.

Le 37<sup>e</sup> jour, laparotomie. On trouve l'utérus saillant sur la ligne médiane, l'épiploon enflammé et épaissi adhérent au fond de l'utérus. Pendant le décollement il s'écoule du pus derrière l'utérus ; dans la corne gauche, au niveau de l'origine de la trompe, existait un abcès qui était en train de s'ouvrir à travers la musculaire et la séreuse. Cul-de-sac postérieur libre.

Nettoyage. Drainage à travers le vagin et l'abdomen. Tamponnement du foyer purulent avec de la gaze. Drainage d'un abcès paramétritique. Guérison.

On ne peut pas conclure de cette observation, dit Franqué, si c'était une infection streptococcique, gonococcique ou mixte : le pus de l'abcès n'a pas été examiné.

L'abcès de l'utérus n'a pas été diagnostiqué, n'ayant pas déterminé de troubles jusqu'au 23<sup>e</sup> jour.

**Obs. XXIX** (résumée). — OTTO VON FRANQUÉ. Uterusabscess und Metritis dissecans. *Sammlung klinischer Vorträge*, octobre 1901, n° 316, Leipzig.

Franqué rapporte l'histoire d'une malade auprès de laquelle il fut appelé pour des hémorrhagies menaçantes le 4 juillet 1897.

Cette femme, mariée, avait eu trois grossesses normales, quatre avortements et avait subi un curettage. Elle ne put préciser la date des dernières règles.

Il trouve le vagin plein de caillots, l'orifice utérin ouvert et contenant des fragments de membranes. Après désinfection du vagin, curettage manuel pour vider la cavité utérine.

Pendant dix jours la température monta à 38°2 et 38°6 le soir.

Le 10<sup>e</sup> jour l'utérus était revenu sur lui-même et mobile ; dans le petit bassin rien d'anormal ; l'écoulement qui subsistait encore sentait légèrement mauvais.

Franqué diagnostiqua une endométrite puerpérale et prescrivit des injections de permanganate. La semaine suivante les températures du soir s'élevaient à 37°9 ou 38°4.

22 juillet. — Sur la partie gauche de l'utérus on sent une tuméfaction douloureuse qu'on prit pour la trompe.

Réapparition des règles au commencement d'août.

8 août. — Frisson violent ; température 39°7 ; poids 120, petit, faible. L'utérus se trouvait rapproché du côté gauche du bassin ; du côté gauche, tout près de lui, un peu en arrière, existait une tuméfaction arrondie, molle, douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Diagnostic : foyer purulent gauche probablement salpingien.

9. — Chute de la température ; évacuation d'une assez grande quantité de pus par le vagin qui fit croire à une rupture spontanée du pyosalpinx à travers l'utérus.

Pendant huit semaines quelques légères douleurs de temps à autre sur le côté gauche du bas-ventre, poids un peu rapide et jusqu'au 15 septembre la température monta jusqu'à 37°8 le soir.

4 octobre. — La tuméfaction a complètement disparu, mais la palpation de l'utérus est toujours douloureuse.

La malade rentre chez elle le 5 octobre.

25. — Les règles reparaissent pour la 4<sup>e</sup> fois depuis l'avortement ; après une hémorrhagie modérée de 5 jours, douleurs d'une intensité extraordinaire et expulsion d'un fragment de tissu utérin d'une longueur de 4 à 5 centimètres et de la grosseur du petit doigt, résistant, de coloration rosée et sans odeur. Pas d'élévation de température. L'hémorrhagie cessa mais les douleurs persistèrent encore quelque temps.

Les règles suivantes furent normales et la malade se rétablit.

En automne 1900 la malade se portait bien ; les règles étaient normales et non douloureuses.

Le fragment de tissu expulsé examiné au microscope était un fragment de tissu musculaire utérin nécrosé, présentant à la périphérie une infiltration très épaisse de cellules rondes. Pas de trace de muqueuse. Les vaisseaux n'étaient pas thrombosés.

L'examen bactériologique ne fut pas fait.

Franqué pense donc, d'après les circonstances qui précédèrent l'hémorragie, qu'il y a eu tentative d'avortement et infection de la paroi utérine ; puis formation lente d'un abcès de la paroi gauche de l'utérus qui s'est vidé spontanément par le vagin. La portion de la paroi utérine placée entre l'abcès et la lumière de l'utérus se serait nécrosée et aurait été évacuée secondairement.

**Obs. XXX et XXXI. — BUDIN.** *Soc. d'Obst. de Paris*, 1901.

Séance du 4 juillet.

1<sup>re</sup> OBSERV. — « Je n'ai vu que deux abcès de l'utérus. La première fois sur la table d'autopsie de l'hôpital St-Antoine, en 1873. La femme avait été soignée dans un service voisin et je ne sais rien de ses antécédents. »

2<sup>e</sup> OBSERV. — « Une autre en 1884, chez une femme récemment accouchée et j'avais été appelé rue Clovis. Par le palper bimanuel, on sentait l'abcès dans la paroi latérale droite. Cet abcès s'est ouvert spontanément quelques heures plus tard et la malade guérit. »

**Obs. XXXII. — BRINDEAU.** Abcès de l'utérus. *Bull. de la Soc. Obst. de Paris*, t. 4, 1901, p. 105.

Il s'agit d'une femme de 22 ans et n'ayant jamais été malade. Au mois de novembre 1900, suppression des règles. Rien à signaler dans les premiers temps de la grossesse. Le 30 janvier, la malade aurait, dit-elle, fait une chute dans un escalier. Jusque-là, elle s'était très bien portée et continuait à travailler. Quelques heures après cette chute, elle avait eu des douleurs et perdu du sang. Le 31 janvier, à 2 heures de l'après-midi, elle expulsait un embryon. Elle entre dans la soirée à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée on notait une grande prostration, la langue était sèche, le pouls petit, le thermomètre marquait 38 degrés. Le 1<sup>er</sup> février au matin elle présentait du subictère. L'abdomen non ballonné était toujours douloureux.

Au toucher, le col est presque fermé, l'utérus gros mais peu douloureux, l'écoulement vaginal peu abondant et fétide ; température du matin : 37°2 ; soir : 37°5.

Le 2 février, le curettage est pratiqué. Le col était presque refermé et dut être dilaté avec les bougies de Hegar. L'opération se fit sans difficultés. La curette ne ramena que peu de débris. La température du matin est à 37°2, le soir, 37°3.

3. — Eruption confluyente de vésicules d'herpès au pourtour des lèvres : l'état général est toujours très grave. L'abdomen n'est pas ballonné, mais il est toujours douloureux à la pression. La femme meurt le 4 février dans le même état.

L'ensemencement du sang pratiqué pendant la vie a été stérile.

L'autopsie est pratiquée 24 heures après la mort. Les poumons et le cœur sont normaux. A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une grande quantité de pus. Le péritoine est vascularisé, tapissé de fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales. Toute la cavité pleurale est intéressée. Le pus s'accumule dans le petit bassin. L'examen du pus péritonéal montre l'existence de nombreux streptocoques et de colibacilles. Le sang du cœur reste stérile. L'utérus est gros comme un utérus gravide de deux mois environ. Au niveau de sa face antérieure il existe une tumeur volumineuse, grosse comme un œuf de poule, très régulière, d'un rouge violacé. Cette tumeur, présente un léger pertuis par lequel s'écoule du pus noirâtre. A la palpation, on sent une mollesse spéciale presque fluctuante. Au niveau du fond, nouvelle petite tumeur grosse comme une noisette, tangente à la précédente. La pièce non ouverte est plongée dans le formol.

C'est cet utérus que j'incise devant vous ; on remarque que *l'abcès est formé au milieu de la paroi utérine*. On voit la cavité de la matrice tout à fait refermée ; on suit parfaitement un petit trajet qui indique que la paroi a été perforée. Il est probable que cette femme a subi des manœuvres abortives qui ont amené la perforation de l'utérus, la production d'un abcès avec péritonite consécutive. Ce qui nous a frappés chez cette femme, c'est la gravité toute spéciale de l'état général, la fréquence exagérée du pouls et la faible élévation de la température.

**Obs. XXXIII** (résumée). — LEPAGE. *Comptes rendus Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, Paris, 9 mars 1903.

Femme qui trois jours après un accouchement normal présente une ascension de température à 38° le matin et à 39°4 le soir avec douleurs abdominales.

Pendant quatre jours consécutifs grandes oscillations. Douleur dans la fosse iliaque droite. La pression au niveau du fond de l'utérus n'est nullement douloureuse. Pas de fétidité des lochies, pas de frisson.

Diagnostic : appendicite.

Traitement *ad hoc*.

Amendement de tous les symptômes. La température descend au-

dessous de 36° et s'y maintient pendant sept jours, puis petit frisson et de nouveau poussées fébriles pendant deux jours

Toucher vaginal fait par M. Walther : l'utérus est douloureux au niveau de la corne droite.

Puis tout d'un coup : tendances syncopales sans syncope vraie. Refroidissement avec douleur dans le bras et l'épaule droite. Ventre ballonné.

Pouls à 100 ; temp. 38°.

Diagnostic : perforation de l'appendice.

*Opération* le lendemain par M. Walther. — Laparotomie latérale droite. Péritonite diffuse. Fausses membranes sur les anses intestinales sans aucune adhérence. Les lésions sont plus accentuées du côté du petit bassin ; en suivant ces lésions et en allant vers les points les plus malades, on découvre la trompe et l'ovaire très près, recouverts de fausses membranes, puis le *bord supérieur de l'utérus sur lequel font saillie deux abcès en forme d'haltère*. Curettage de ces abcès. Nettoyage aussi complet que possible de ce foyer de péritonite. Nulle part dans la zone des fausses membranes, on ne peut trouver l'appendice. On ne poursuit pas les recherches plus haut pour ne pas inonder les anses intestinales moins infectées. Large drainage.

Mort le lendemain soir.

Pas d'autopsie.

Dans ce cas M. Lepage se demande s'il s'est agi :

D'une infection utérine avec localisation au niveau de la corne utérine droite et des annexes du côté droit ;

Ou d'un abcès localisé au niveau d'un petit fibrome qui avait été constaté par lui lors d'un examen fait au cours de la grossesse ;

Ou d'une lésion appendiculo-annexielle ayant donné lieu à des accidents suraigus lorsque l'utérus, en se rétractant, a tiré sur les adhérences qui reliaient les annexes à l'appendice.

#### Obs. XXXIV. — CHAMPETIER DE RIBES.

A l'occasion de l'observation de M. Lepage, M. Champetier de Ribes rappelle un cas observé par lui où, huit jours après un accouchement normal, la femme présente un frisson et meurt 23 jours après.

A l'autopsie on trouva dans la paroi utérine un abcès gros comme une noisette, qui s'était ouvert dans la cavité péritonéale.

#### Obs. XXXV. — SCHWARTZ. *Comptes rendus Soc. d'obst., de gynec. et de pæd.*, Paris, 6 avril 1903.

Femme de 35 ans, atteinte depuis quelques années déjà, à la suite de grossesses et de métrites, de lésions bilatérales des annexes. Cette femme présentait un signe qui me frappa beaucoup sans que je puisse

l'interpréter : il existait au niveau du fond de l'utérus par le palper, soit uni, soit bimanuel, un point douloureux très net à la pression.

Ce point douloureux existait aussi spontanément.

Je pensai à une douleur due à des annexes adhérentes et pratiquai l'hystérectomie abdominale avec ablation bilatérale des trompes et des ovaires malades, dont elle guérit. Les annexes contenaient des foyers de suppuration. L'utérus était augmenté de volume et *présentait au niveau de son fond et à droite une bosselure fluctuante, grosse comme une noisette très forte. Celle-ci, incisée, laissa écouler du pus jaune, épais, analogue à celui d'un abcès chaud.* Il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses. *L'abcès était en plein muscle utérin*, mais dans le voisinage de la portion interstitielle de la trompe droite.

**Obs. XXXVI.** — ARNOLD LEA. Abcès de l'utérus développé pendant la puerpéralité. Rupture dans la cavité péritonéale. Laparotomie. Guérison. *The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*, février 1904, p. 159.

Mme H..., 8-pare, admise au Manchester Eye Hospital le 1<sup>er</sup> mai 1903, simplement pour pouvoir nourrir son enfant atteint d'ophtalmie blennorrhagique. Elle s'était toujours bien portée et aucun de ses autres enfants n'avait eu de l'ophtalmie. Durant les derniers mois de la grossesse elle avait eu des pertes jaunes abondantes qui ne furent pas soignées. L'accouchement fut facile et rapide ; elle fut assistée par une sage-femme. Une ophtalmie grave apparut sur les deux yeux de l'enfant le 3<sup>e</sup> jour. Rapidement la cornée fut perforée et la vue de l'œil fut perdue. Durant la puerpéralité son état demeura excellent jusqu'au 12<sup>e</sup> jour. Elle commença alors à souffrir beaucoup dans l'hypogastre, mais pouvait néanmoins se lever. Elle fut admise à l'hôpital trois semaines après la délivrance, et resta près de trois semaines se levant chaque jour dans la salle, mais elle affirme qu'elle avait des douleurs abdominales continues pendant ce temps. Aucune observation ne fut prise de son état et la température ne fut pas notée.

Le 17 mai 1903, six semaines après la délivrance, elle ressentit tout d'un coup une douleur violente dans le bas ventre et fut prise d'un grand frisson. La température s'éleva à 103°6 avec le pouls à 130. Je la vis tard dans la soirée. Elle était couchée les genoux fléchis ; son visage était anxieux. La température était à 103°8, le pouls à 132. L'abdomen était extrêmement sensible, et distendu au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, l'utérus était volumineux et mou, légèrement mobile, antéfléchi et très sensible. Aucune tuméfaction définie n'était sentie du côté des annexes, ni dans le Douglas.

Douze heures plus tard, l'état de la malade était encore pire. La température était à 104°2, le pouls à 146, la respiration gênée. L'ab-

domen était distendu en totalité ; des vomissements étaient survenus dans la nuit et n'avaient pas cessé ; ils étaient bilieux. La langue était sèche.

La laparotomie fut faite à 1 heure. Dès l'ouverture de l'abdomen on constata la présence du pus autour de l'utérus et entre les anses intestinales. En séparant les anses légèrement adhérentes au fond de l'utérus, il s'écoula 4 onces environ de pus épais. Le doigt fut introduit dans la cavité d'un abcès dans la paroi postérieure de l'utérus, un pouce au-dessous du fond. Celui-ci était de forme irrégulière avec des bords épais et infiltrés, et pendant l'examen, le doigt glissa jusque dans la cavité utérine. L'ovaire droit et la trompe étaient normaux et vraisemblablement sains. Ils avaient cependant baigné dans le pus et étaient recouverts d'un exsudat jaunâtre.

Les annexes gauches étaient normales. Quant à l'utérus, comme il parut sain, il ne fut pas enlevé. On enleva l'ovaire et la trompe droits, pensant qu'ils pouvaient être infectés. Pendant toute l'opération la cavité péritonéale fut continuellement irriguée avec une solution de sérum.

La paroi postérieure du vagin fut incisée, et un large drain fut introduit par le Douglas. La cavité de l'abcès fut bourrée avec de la gaze iodoformée ainsi que la cavité du Douglas, la mèche sortant par le vagin. L'abdomen fut refermé à l'aide de crins de Florence.

Les vomissements cessèrent presque immédiatement. La température oscilla entre 100° et 101° pendant quelques jours, devenant normale le 10<sup>e</sup> jour. Elle alla à la selle le 3<sup>e</sup> jour. On fit des lavages par le drain deux fois par jour pendant une semaine, puis une fois seulement. La mèche de gaze fut enlevée le 4<sup>e</sup> jour, le drain fut raccourci graduellement, et au bout de trois semaines fut enlevé définitivement.

Un examen récent (28 décembre 1903) montre que l'utérus est de volume normal, antéfléchi et mobile. Il n'y a pas de tuméfaction dans la région des annexes ni du côté du péritoine pelvien. La menstruation est régulière, non douloureuse et normale. La cicatrice abdominale est tout à fait solide.

## 2° Abcès tuberculeux.

Obs. I. — GIOVANNI GUZZO (de Naples). *Bull. de la Soc. anat.*, t. 22, 1847, p. 33 (résumée).

G. P..., âgée de 34 ans, douleurs utérines et irrégularités menstruelles depuis la puberté, traitée pour tuberculose de l'utérus caractérisée par un développement énorme de l'utérus s'accompagnant de nombreux ganglions développés dans les aines, les aisselles et au cou.

Douleurs violentes utérines et accroissement progressif du volume de l'utérus pendant quatre ans avec périodes d'accalmie.

La malade succombe finalement à la rupture de l'utérus et à une péritonite généralisée.

A l'autopsie on trouve en dehors de lésions variées à la surface de l'utérus les lésions suivantes dans les parois :

Les parois utérines divisées étaient épaisses et denses ; dans certains points, elles contenaient des masses d'un volume variant depuis celui d'un noyau d'olive, jusqu'à celui d'une grosse noix, qui étaient de vrais tubercules, les uns à l'état cru, les autres commençant à se ramollir, d'autres ramollis et convertis en foyers de matière purulente épaisse. Quelques-uns de ces *abcès tuberculeux*, très voisins de la cavité utérine, étaient prêts à s'y ouvrir. Des fibres utérines étaient très caractérisées ; on aurait pu aisément en suivre la direction.

**Obs. II.** — M. LETULLE. Tuberculose pulmonaire. Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. Péritonite chronique simple. *Bull. Soc. anat.*, 1878, 4<sup>e</sup> série, t. III, p. 333.

V... Jeanne, 20 ans, était entrée dans le service du Dr Constantin Paul, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuberculose pulmonaire arrivée à la période caverneuse. Depuis quatre mois ses règles se sont arrêtées, mais elle n'a jamais ressenti dans aucune partie de l'abdomen la plus légère douleur. Elle est malade depuis un an. Les forces de la malade s'épuisent rapidement, l'amaigrissement devient extrême ; les cavernes se multiplient dans la moitié supérieure des deux poumons. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, arrivée au terme d'une cachexie profonde, V... meurt le 10 juin.

A l'autopsie, les poumons sont creusés de cavernes nombreuses entourées d'îlots de tubercules plus ou moins confluent. L'abdomen présente des lésions intéressantes dont les plus remarquables sont les suivantes : la cavité péritonéale dans toute son étendue est cloisonnée par des adhérences anciennes, très solides, lamelleuses, manifestement vasculaires sur un grand nombre de points. C'est surtout autour du foie, de la rate, et au milieu des anses intestinales que ces adhérences péritonéales sont le plus solides ; on laisse même une certaine quantité de parenchyme hépatique adhérent aux néo-membranes sous-diaphragmatiques.

La cavité pelvienne est presque libre d'adhérences, sauf au pourtour des deux ovaires et de l'extrémité libre des trompes qui sont accolées aux parois pelviennes dans le voisinage du détroit supérieur. Il est important de noter ici qu'il n'existe aucun tubercule dans le péritoine non plus que dans les néo-membranes, sauf en un point : on trouve dans l'épaisseur du méso-cæcum, deux granulations tuberculeuses grises, grosses comme une tête d'épingle. Cette intégrité de la séreuse

péritonéale au point de vue de la tuberculose était d'autant plus curieuse que nous découvrions en même temps des altérations tuberculeuses très avancées de l'utérus et des trompes. La trompe droite est épaisse et dure ; mais ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument comme aspect et comme consistance un canal déférent, envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse.

Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en une tige rigide d'un gris-blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche au contraire offre un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, arrondies, lisses, du volume d'une petite noisette, manifestement fluctuantes. En effet, à l'incision du canal on voit le contenu des deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent, très épais, jaune-blanchâtre, grumeleux.

Ces deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois qui sont extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine.

Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonitiques au niveau des deux trompes.

L'utérus était encore plus altéré. *Au niveau de l'angle supérieur et gauche*, au point même d'abouchement de la trompe dans le corps utérin, on aperçoit une énorme tumeur, atteignant le volume d'une grosse noix ; cette tumeur recouverte encore d'une épaisseur de fibres utérines est arrondie, très lisse, largement fluctuante. *Cet abcès caséux de l'utérus* ne communique aucunement, en apparence du moins, avec la trompe, non plus qu'avec la cavité utérine. En effet, après ouverture de cette cavité, on ne peut par des pressions énergiques faire sourdre le pus contenu dans l'abcès. La cavité utérine est profondément atteinte. La plus grande étendue de la muqueuse du corps utérin a disparu, détruite par une ulcération grisâtre superficielle, déchiquetée sur son bord qui s'arrête assez exactement au niveau de l'union du corps avec le col. Cette ulcération de profondeur inégale, suivant les points, est recouverte par un muco-pus jaune verdâtre visqueux, très cohérent, dans lequel l'examen microscopique ne fait reconnaître qu'un grand nombre de leucocytes granuleux accumulés souvent en amas épais et quelques hématies.

Le col est arrondi, petit ; l'orifice intérieur est très petit, rond, mais une érosion très superficielle rosée, granuleuse, large de 3 millimètres environ, le borde inférieurement. La muqueuse vaginale est intacte, l'hymen imperforé ; les ovaires sont sains. Quelques granulations tuberculeuses dans les deux reins.

**Obs. III** (résumée). — BRISAUD. Etude sur les tuberculoses locales. *Archives générales de médecine*, 1880, t. II, p. 266.

Brissaud trouve à l'autopsie d'une femme de 46 ans, morte de cachexie progressive d'origine addisonienne, et qui n'avait jamais été réglée, de petites masses tuberculeuses, ramollies, logées au sein du tissu musculaire utérin vers les deux angles supérieurs de l'organe et au voisinage des ligaments utéro-ovariens. Tout autour de l'une de ces petites masses étaient disséminées quelques granulations également caséeuses, grosses comme des têtes d'épingle, au nombre de 8 ou 10.

Les poumons étaient absolument sains. On ne trouva aucune altération de l'estomac, ni de l'intestin, ni du foie, ni des reins, ni du cœur.

*Examen histologique.* — Lésions de l'utérus : les masses caséeuses du parenchyme utérin se présentent sous la forme d'amas assez nettement limités, enfermés entre les faisceaux des fibres musculaires et constitués par une matière jaunâtre, opaque.

Le microscope révèle l'existence de quelques follicules épars au milieu du tissu conjonctif intermusculaire. Ce tissu, peu abondant, est en certains points envahi par un processus spécifique, caractérisé par une infiltration miliaire confluyente, surtout sur le trajet des vaisseaux. Les fibres musculaires elles-mêmes sont dissociées par places et séparées les unes des autres par des traînées d'éléments embryonnaires en voie de prolifération assez active. Enfin quelques-uns de ces amas miliaries, plus volumineux, plus condensés, plus globuleux, présentent les caractères bien tranchés d'une inflammation tuberculeuse, c'est-à-dire qu'ils constituent à proprement parler un follicule tuberculeux possédant à son centre une cellule géante, entourée d'une zone de cellules épithélioïdes.

Nous avons affaire par conséquent à une tuberculisation utérine ancienne, isolée, et comme perdue au fond de l'utérus, sans avoir provoqué de lésions inflammatoires à la surface péritonéale. La matière tuberculeuse, représentée par une série de petits foyers caséeux, quoique non enkystée ainsi que cela a lieu souvent dans les processus de tuberculose locale, était assurément destinée à demeurer telle quelle, fixe et invariable, dans le *statu quo*.

**Obs. IV.** — GUZZONI DEGLI ANCARANI. Tuberculosi primitiva de l'utero e suoi rapporti colla tuberculosi generale. *Rivista di ostetricia e ginecologia de Torino*, 1890, n<sup>os</sup> 21 et 22.

Femme de 40 ans, morte le 7 mai. Autopsie, 24 heures après.

Cadavre bien conservé. Méningite séreuse de la voûte. Méningite tuberculeuse de la base avec hydrocéphalie aiguë. Foyer de méningo-encéphalite au sommet du lobe sphéno-temporal gauche.

*Myocarde* de couleur brune ; légères stries hémorragiques sous-endocardiques dans le muscle papillaire du ventricule gauche.

*Poumons* avec anciennes adhérences pleurales. Dans le lobe supérieur droit, noyaux de broncho-pneumonie hépatisés.

*Rate*. — Adhérence au diaphragme : périsplénite chronique. Peu augmentée de volume. Pulpe congestionnée, hémorragique.

*Reins* congestionnés.

*Foie*. — Adhérence au diaphragme. Simple congestion.

*Intestin*. — Muqueuse normale.

*Ganglions* mésentériques et lombaires. — Normaux.

*Vessie*. — Normale, vide.

*Utérus*. — Déformé. Le corps présente son plus grand diamètre dans le sens transversal : 7 à 8 centimètres. Dans le sens longitudinal on a 6 à 7 centimètres et dans le sens antéro-postérieur, 3 à 2.

Utérus augmenté de volume, spécialement quant au corps qui mesure 4 centimètres. Le col a moins de 3 centimètres et ne présente rien de particulier.

*Trompe droite*. — Libre, sans adhérences, mais grosse, ronde et dure ; ovaire correspondant normal.

*Trompe gauche*. — Tuméfiée, tortueuse. Ostium abdominale adhérent à l'ovaire ; quelques pseudo-membranes entre l'ovaire et la face postérieure de l'utérus, restes d'une ancienne périmérite.

Sous le péritoine qui revêt la face postérieure de l'utérus, spécialement dans le cul-de-sac de Douglas on trouve de petits noyaux jaunâtres, saillant à peine sous la séreuse. A la section de la trompe gauche, il sort une matière dense, puriforme.

*Vagin*. — Normal. Hymen intact.

*Ganglions pelviens*. — Normaux.

*Section de l'utérus*. — Catarrhe de la région cervicale.

Muqueuse du corps un peu tuméfiée.

Dilatation de l'ostium uterinum de la trompe gauche.

En sectionnant l'utérus dans la direction de la trompe gauche, on trouve un *foyer caséux situé complètement dans l'épaisseur du muscle utérin, sur une étendue de 2 centimètres, entouré d'une zone grise et par le muscle du corps utérin lui-même.*

L'examen histologique de la pièce a été fait.

La mort avait donc été occasionnée par la broncho-pneumonie et la méningite concomitantes. Mais l'origine primitive de la tuberculose était dans l'ancien foyer qui existait dans le corps de l'utérus, placé dans l'épaisseur du muscle.

On n'avait donc trouvé aucune autre trace de tuberculose dans toutes les autres parties du corps, mais des adhérences multiples répondant à une sérosité multiple antérieure ou maladie de Concato.

Le foyer utérin est donc difficile à expliquer étant donné la virginité de la femme et le peu de vraisemblance d'une infection locale, d'autant

plus que le vagin, la région cervicale et la première portion du corps étaient tout à fait sains.

Il n'est pas impossible que le virus tuberculeux ait pu être transporté, par le courant circulatoire, dans l'abdomen et de là pêché par la trompe gauche pour être ensuite conduit à l'angle correspondant du corps de l'utérus.

Guzzoni degli Ancarani fait donc de ce cas une tuberculose primitive de l'utérus et démontre qu'elle a été le point de départ d'une tuberculose à distance.

**Obs. V.** — ALTERTHUM. *Hegar's Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*. Leipzig, 1898, p. 54 (cité par Mlle COHN).

R. Z..., 23 ans, nullipare. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Réglée à 21 ans, les règles n'ont duré que quelques heures. Depuis elles sont revenues une seule fois. Depuis l'âge de 13 ans, perte d'appétit, palpitations, douleurs dans le ventre.

*Examen* sous chloroforme. — Le col de l'utérus est dirigé en haut et en avant ; l'orifice, large, est limité par des lèvres rouges, tuméfiées. L'utérus, gros, est en arrière. Le ligament sacro-utérin gauche est court, résistant, épaissi. Sur la paroi latérale du bassin et sur le ligament on sent de petits nodules du volume d'un grain d'avoine à celui d'un pois. A l'extrémité utérine de la trompe gauche on trouve deux nodosités. A droite on sent sur le trajet de la trompe 2 ou 3 nodosités.

Laparotomie. La trompe droite est constituée par une série d'épaississements nodulaires, dont un dans l'épaisseur de la corne utérine. On l'enlève par une incision qui traverse le nodule le plus interne : une masse caséuse s'écoule. A gauche ablation de la trompe et d'un segment de la corne utérine. Suites opératoires apyrétiques. Examinée cinq mois après, la malade est dans un état de santé parfaite.

L'*examen histologique* montre que la muqueuse de toute la trompe droite est saine. Le nodule est formé par un kyste du volume d'une lentille situé dans les couches musculaires externes. La paroi est conjonctive, son contenu calcaire est caséux. Plus près de la lumière on trouve dans la musculature quelques tubercules épithélioïdes et une infiltration embryonnaire assez abondante.

A gauche la coupe de la nodosité de la corne utérine présente des cavités disséminées tapissées par un épithélium cylindrique et séparées de la lumière de la trompe par la couche musculaire circulaire épaissie. L'épithélium de ces cavités est en partie enlevé ; dans leur voisinage on trouve une infiltration embryonnaire. Quelques vaisseaux de la couche musculaire externe sont remplis par une substance se colorant en bleu sale par l'hématoxiline. On ne trouve pas de cavités dans l'isthme de la trompe. On rencontre encore dans la musculature quelques groupes de cellules épithélioïdes, quelques cellules géantes et des petites cellules rondes.

### 3° Cas douteux ou certainement faux.

**Obs. I.** — THOMAS BARTHOLINI (1654). *Historiarum anatomicar. rariorum Centurio*, 1, 2 et 3, S. 156. Hafniæ, 1654 (d'après FRANQUÉ).

« Môle ulcérée dans l'utérus d'une jeune fille. »

Jeune fille de 13 ans se cachectise en huit semaines ; on constate un énorme développement du ventre.

*Autopsie.* — « Statim dissecto abdomine uterus prodiit, ovi gallinacei magnitudine, ulceribus plenus, sed sine pure aut fœtore. In ipsa autem uteri cavitate nihil inventum, præter frustulum carnis spongiosæ et putridæ, libras quattuor eum media pendens. »

Il s'agissait d'un néoplasme se délabrant, probablement d'un sarcome, mais certainement pas d'un abcès de l'utérus.

**Obs. II.** — DE LA MOTTE. *Observ.* 440 (résumée), 1765.

A la suite d'un accouchement long et fâcheux, apparition de douleurs hypogastriques très violentes et formation d'une tumeur dure avec envies fréquentes d'uriner, oppression et vomissements. Formation d'un abcès hypogastrique. Ouverture à la lancette : évacuation d'une grande quantité de pus. Guérison rapide.

Il est bien difficile sur des renseignements aussi peu précis d'admettre un abcès utérin.

**Obs. III.** — VAN SWIETEN-BENEVOLE (cité par FRANQUÉ), 1770.

Journalière. Fièvre, vomissements, ballonnement du ventre et autres symptômes d'une inflammation de l'utérus ; il se forme sur l'os iliaque droit une tumeur qui fut ouverte par Benevoli seize mois après l'accouchement ; évacuation de pus ; formation d'une fistule inguérissable.

Jamais il ne sortit de pus par le vagin.

Van Swieten conclut à un abcès de l'utérus. Rien ne le prouve.

**Obs. IV** (résumée). — BAJON. Sur un dépôt à la matrice avec grossesse. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.* Paris, 1779, t. 51, p. 511.

Bajon raconte longuement l'histoire d'une femme de 33 ans qui res-

sentait depuis trois ans à la suite d'une grossesse, de violentes douleurs abdominales et qui depuis trois mois se croyait enceinte, n'ayant plus eu de règles.

A la suite d'une purgation elle eut des douleurs intolérables et le lendemain elle évacua par la vulve une très grande quantité de pus. Bajon pensa à un abcès qui, formé lentement dans l'intérieur de la matrice, se serait enfin ouvert. Pendant les premiers temps de la grossesse il s'écoula constamment une grande quantité de matière purulente. Puis l'écoulement diminua de jour en jour et cessa bientôt.

Il n'est pas douteux, dit Bajon, que l'humeur laiteuse, répercutée dans la masse du sang, ne fût la source de tous les maux dont cette dame a été affaiblie pendant trois ans et que la nature cherchant à l'en débarrasser l'a déposée très lentement sur la matrice, où elle a produit un abcès.

Cette explication nous paraît bien enfantine à l'heure actuelle.

**Obs. V. — A. PORTAL.** *Cours d'Anatomie médic.*, t. V.  
Paris, 1803, p. 518-520 (obs. II).

Une autre femme à qui j'avais donné des soins, âgée d'environ 30 ans, fut atteinte d'une inflammation de matrice, bien indiquée par ses symptômes, après une suppression de règles occasionnée par un bain froid; deux saignées du bras, des bains tièdes et une abondante boisson délayante la dissipèrent. Les règles manquèrent pendant quatre mois; cependant quelques mois après, le bas-ventre se gonfla, les seins se tuméfièrent, et il y eut de l'enflure aux pieds; le visage se bouffit; il survint une légère fièvre qui redoublait tous les jours. Des sangsues aux grandes lèvres, une saignée de pied, un traitement apéritif et des toniques furent inutilement administrés, la malade maigrit de plus en plus; elle eut des vomissements qui firent croire que la région de l'estomac était malade: on crut sentir des embarras dans le pancréas; les extrémités s'enflèrent, la respiration devint très laborieuse, le bas-ventre se gonfla de plus en plus, et la malade périt. A l'ouverture du corps qui fut faite par Dubois, alors élève de Cagnard, et à laquelle j'assistai, on trouva environ deux pintes d'eau épanchée dans la cavité du bas-ventre; tous ses viscères étaient sains, même le pancréas; mais la matrice était gonflée et dure dans sa totalité; on trouva sous la membrane qui la revêt extérieurement une quantité considérable de pus; son corps en était imbibé, la cavité parut saine et ne contenait aucune tumeur.

Ce n'est évidemment pas un abcès de l'utérus.

**Obs. VI. — A. PORTAL.** *Ibidem* (1803) (obs. III).

Une autre femme, à laquelle j'ai aussi donné des soins infructueux, avait éprouvé, à l'âge de 45 ans, un chagrin des plus violents ; ses règles, qui étaient depuis longtemps dérangées dans leurs périodes et dans leur quantité, furent totalement supprimées ; il survint de la tension et de la douleur dans la région épigastrique ; la malade devint jaune elle eut des coliques avec des douleurs lancinantes dans la région hypogastrique ; la fièvre fut des plus aiguës ; les urines se supprimèrent, et la malade se plaignit d'une douleur lancinante dans la région lombaire gauche.

Les saignées, les boissons humectantes et adoucissantes, les potions calmantes, parurent procurer du calme ; la malade cessa même de souffrir ; les urines eurent un libre cours ; mais elle maigrit et éprouva des tiraillements dans les aines, se plaignant d'une douleur gravative dans la région hypogastrique ; elle rendit par les voies extérieures de la génération une grande quantité d'humeur purulente, mêlée avec du sang. On se flattait que cette maladie aurait une heureuse terminaison : cependant la fièvre lente continuait, la maigreur devint excessive, le dévoiement survint avec la difficulté de respirer, et la malade mourut.

A l'ouverture du corps, on trouva dans la poitrine un épanchement d'une humeur séreuse, un peu grisâtre ; les poumons et le cœur étaient sains ; les viscères du bas-ventre parurent d'abord en bon état ; cependant le foie était un peu gonflé, et il y avait dans la matrice un abcès considérable dont le pus était ramassé entre son enveloppe externe et son corps, à la partie postérieure duquel on voyait un trou qui communiquait avec la cavité interne de cet organe dans laquelle il y avait aussi du pus mêlé avec du sang ; les parois de la matrice étaient gonflées et relâchées dans toute leur étendue ; le col surtout était très tuméfié et rempli intérieurement de petits corps de nature polypeuse et adhérents à sa surface interne. Je pourrais citer de nombreux exemples de suppuration et d'abcès de la matrice recueillis dans nos amphithéâtres sur des femmes dont la cause de la mort m'était inconnue ; mais de pareils détails seraient superflus.

Dans ce cas il est bien évident qu'une collection purulente siégeait au sommet de l'utérus, mais les détails anatomiques ne nous paraissent pas suffisamment précis pour en faire un véritable abcès utérin. Il semblerait plutôt qu'on a eu affaire à une périmétrite suppurée.

**Obs. VII. — VOIGTEL-RAIMANN,** *London medical Journal*, vol. 8, p. 87, 1805 (d'après FRANQUÉ).

Abcès de l'utérus, ouvert spontanément à travers la paroi abdomi-

nale. Pluripare ayant accouché spontanément ; il s'est développé une tumeur dans le bas-ventre ; Raimann le 8<sup>e</sup> jour après l'accouchement l'a trouvée du volume d'une tête d'enfant, ronde, se prolongeant en haut au-dessus de la symphyse. Elle était dure, et la palpation déterminait de la douleur. La peau était saine, mobile. On prescrit refroidissement et désinfection. Trois semaines après, chute de la température qui reparaît au 60<sup>e</sup> jour. Le 82<sup>e</sup> jour, écoulement de pus à travers le mont de Vénus ; cinq semaines après, guérison. Trois mois après menstruation.

On pourrait croire à l'inflammation et à la suppuration des muscles de la paroi, mais le siège, la forme de la tumeur, le début immédiat après l'accouchement et l'intégrité de la peau montrent bien qu'il s'agit de l'utérus.

Deux ans plus tard, nouvel accouchement et nouvelle tumeur analogue, mais sans fièvre, ni douleurs. Peau normale. La tumeur disparut le 3<sup>e</sup> jour après évacuation de l'utérus et lavage.

Il s'agissait sans doute d'un exsudat paramétritique.

**Obs. VIII.** — A. N. GENDRIN. *Histoire anat. des inflammations*, t. II, p. 206. Paris, 1826.

Une jeune femme fut amenée dans les salles de clinique du professeur Récamier avec les symptômes d'une métrite et d'une pneumonie. Elle périt le 19<sup>e</sup> jour après l'accouchement ; nous assistâmes à l'ouverture de son cadavre le 8 mai 1826.

Le corps était d'un embonpoint assez considérable ; les seins étaient très volumineux. L'utérus était gonflé, et s'élevait presque jusqu'à l'ombilic. Le péritoine qui tapisse ce viscère était légèrement enflammé ; incisée longitudinalement la matrice présentait dans ses parois une épaisseur de 12 à 13 lignes. La surface interne de sa cavité était très rugueuse, et comme mamelonnée, d'une couleur rouge-violacé. Le tissu utérin était injecté, et d'un blanc rosé, présentant des marbrures rouge-foncé. *Au fond de la matrice, près de l'insertion des trompes, il devenait d'un rouge plus foncé, et il contenait dans son épaisseur, des loges nombreuses remplies d'un pus jaune verdâtre* qui sortait par gouttelettes sur les bords de l'incision transversale, en sorte que le tissu utérin enflammé et suppuré était multiloculaire ; il s'écoulait peu de sang quand on l'incisait. Une des trompes avait acquis le volume d'une plume de cygne, et présentait extérieurement une teinte rouge un peu livide. Incisée longitudinalement, elle parut métamorphosée en un tissu spongieux, dense, rouge vermeil, d'une texture comme charnue. Une ligne de pus indiquait le canal central de la trompe ; les ovaires étaient sains. Les poumons étaient enflammés.

La disposition multiloculaire du tissu utérin suppuré est constante

dans toutes les inflammations de la matrice. M. Récamier l'avait d'avance indiqué aux élèves de la clinique : elle résulte de la texture véritablement cellulaire de l'utérus. La disposition multiloculaire du tissu de la matrice suppuré a été reconnue par Clarke (*Essais de médecine*, p. 70) qui l'avait attribuée à une suppuration des veines utérines. Nous avons manifestement vu que ces veines rampaient au travers du tissu enflammé et qu'elles étaient gorgées de sang ; les loges remplies de pus n'étaient point dans les cavités de ces vaisseaux, mais bien dans le tissu propre de l'organe.

**Obs. IX.** — CORTE. v. SIEBOLD's *Journal. f. Geburstsh.*, 1827, Bd. VIII, H. 2, S. 487 (cité aussi par Augustein) (d'après FRANQUÉ).

Sans mentionner les symptômes objectifs, on a constaté « le développement d'un abcès de l'utérus » dans un cas de métrite puerpérale, abcès qui s'est ouvert au dehors.

Augustein a raison en ajoutant qu'il est difficile dans cette observation de connaître le siège exact du pus. C'était très probablement une paramétrite.

**Obs. X.** — HUSSON. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 9<sup>e</sup> année, 1834, p. 48.

M. Husson présente un cas d'abcès enkysté dans la cavité utérine ; il y a oblitération du col. La matrice dilatée contenait deux verres environ de pus. Cette maladie n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ou du moins n'avait pas été soupçonnée.

M. Maisonneuve dit avoir observé un cas semblable en faisant l'autopsie d'une femme qui avait succombé pendant le choléra.

C'est un cas de pyométrie.

**Obs. XI** (résumée). — JACOBI. Effet narcotique produit par l'administration d'une forte dose de seigle ergoté pendant l'accouchement. — Inflammation consécutive de la matrice, terminée par un abcès qui s'ouvrit spontanément au bas-ventre. *Archives médicales de Strasbourg*, t. I, p. 353, 1835.

Jacobi raconte avec force détails l'histoire d'une femme de 27 ans enceinte pour la 6<sup>e</sup> fois, à qui on administra du seigle ergoté à haute dose pour accélérer l'accouchement. La femme présenta rapidement des phénomènes d'intoxication (agitation, convulsion, congestions, vomissements) qui disparurent néanmoins quelques heures après, une fois l'utérus évacué. Elle continua à souffrir du bas-ventre et le 6<sup>e</sup> jour on constata la présence d'une tumeur dure, profonde, douloureuse, à

quelques travers de doigt au-dessus du pubis gauche. La tumeur augmenta de jour en jour de volume, devint de plus en plus douloureuse et s'ouvrit au bout de vingt-cinq jours, donnant issue à une grande quantité de pus. Les symptômes s'amendèrent rapidement et bientôt il s'écoula par le vagin une matière en tout semblable à celle qui sortait du foyer purulent du bas-ventre.

Au toucher le col de l'utérus était sensible et son orifice se trouvait dilaté au point de permettre au doigt d'y pénétrer. L'écoulement dura encore un mois. La menstruation ne reparut qu'au bout de six mois.

C'est probablement un *abcès paramétritique*. Rien ne prouve que l'abcès siégeait dans le parenchyme utérin.

**Obs. XII** (résumée). — HUSS cité par AUGUSTEIN, 1836.

Femme de 31 ans, présentant les symptômes d'une métrite aiguë. A la suite d'un refroidissement pendant la période menstruelle elle fut prise de frissons, de fièvre et de douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen on constata que l'utérus au-dessus de la symphyse était très sensible. Le 3<sup>e</sup> jour les douleurs cessèrent, mais le soir elle était morte.

A l'*autopsie* on trouva un utérus volumineux remontant au delà du promontoire. Le péritoine était injecté. Dans le petit bassin au-dessous du péritoine il existait 12 onces de pus épais, fétide. En soulevant l'utérus, on trouva dans la partie postérieure deux fissures superficielles. Le volume de l'utérus était remarquable; la paroi épaisse, pas trop vasculaire. La muqueuse n'était pas épaissie. Annexes normales. La mort est survenue par rupture de l'abcès.

Rien n'indique que l'abcès siégeait primitivement dans l'utérus. Il s'agit très probablement d'une paramérite avec propagation utérine ou d'une perforation.

**Obs. XIII** (résumée). — LADOS, 1839.

Lados rapporte l'histoire d'une fille de 21 ans, enceinte de six mois, qui reçut plusieurs coups de couteau dont un ou deux sur la paroi antérieure de l'abdomen un peu au-dessous de l'ombilic. L'accouchement eut lieu à terme. Après l'accouchement il persista une tuméfaction de l'abdomen avec vives douleurs. Le 3<sup>e</sup> jour, le facies était grippé, le poulx petit, le ventre tendu. Il existait une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte dans le bas-ventre. Il persista un écoulement purulent et la fluctuation apparut au bout de plusieurs semaines. On plongea alors un bistouri à trois travers de doigt au-dessous du nombril. Il sortit deux

pintes d'une matière purulente. L'écoulement vaginal cessa peu de jours après. La tumeur disparut graduellement.

Lados écarte toute idée de suppuration annexielle et affirme que l'abcès siégeait dans le tissu utérin, se basant sur l'écoulement purulent dans la cavité utérine. Ce pourrait être tout aussi bien, ajoute-t-il, une ovarite, un abcès de la trompe ou du ligament large.

L'autopsie n'étant pas venue confirmer, aucun diagnostic exact ne saurait être affirmé.

**Obs. XIV.** — WENDT (cité par MEISSNER), 1842.

Pluripare. A la suite d'une chute dans un escalier, elle ressentit de violentes douleurs dans le bas-ventre. Cinq semaines après, ouverture spontanée à gauche de l'ombilic d'un foyer qui donna issue à une grande quantité de pus et à un pied d'enfant. La malade éprouva des douleurs mais l'orifice de la matrice ne s'ouvrit pas. Le chirurgien Weber crut avoir touché par l'orifice supérieur l'orifice interne de la matrice.

Il faut admettre dans ce cas la possibilité d'une grossesse extra-utérine ou d'une rupture traumatique de l'utérus pendant la grossesse.

**Obs. XV.**— S. ASHWELL. *A practical treatise of the diseases peculiar to women*. Londres, 1846, 2<sup>e</sup> édition, p. 520.

Femme de 49 ans, strumeuse, pâle. Depuis cinq à six mois les règles étaient devenues irrégulières et elle avait beaucoup de leucorrhée. Alternatives de diarrhée et de constipation, puis pendant quelques jours, elle perdit par le vagin une matière purulente. Elle avait eu un mois auparavant de violentes douleurs dans le bassin, principalement en allant à la selle. Quelques jours avant que je la vis, elle avait eu par le vagin une évacuation soudaine d'une grande quantité de pus.

Le col était mou, mais normal. Le corps de l'utérus était augmenté de volume, mais non induré.

Le rectum ne présentait rien de particulier. Mort quelques mois après. Pas d'autopsie.

Rien ne prouve encore ici l'abcès utérin et il est tout aussi bien permis de penser à l'ouverture d'un pyo-salpinx ou d'un abcès paramétritique.

**Obs. XVI.** — KIWISCH. *Klinische Vorträge über spec. Path. u. Ther. der Krankheiten des weib. Geschlechts*, Bd. II, S. 304, 2 Aufl. Prag. 1852.

1<sup>er</sup> CAS (d'après FRANQUÉ).— Malade de 26 ans, opérée le 24 mars 1849. Mariée depuis le mois de janvier 1848 ; au commencement d'avril

cessation des règles et signes de grossesse. Peu de temps après elle contracte la varicelle, dont elle guérit parfaitement en trois semaines.

Depuis ce temps elle éprouvait des douleurs dans la région inguinale droite. En juin les douleurs étaient devenues plus violentes et il s'écoula par les organes génitaux du sang et des débris ressemblant beaucoup à de la viande bouillie. Puis la menstruation redevint normale, mais avec des douleurs pendant les huit ou dix jours qui la précédaient et de la fièvre. L'écoulement devint de plus en plus abondant et d'une odeur pénétrante. Cachexie très nette.

A gauche dans l'hypogastre grande sensibilité et résistance, pas d'abcès cependant. Par le toucher vaginal on constate la présence d'un abcès fluctuant du volume d'un œuf d'oie, remplissant tout le fond du vagin, saillant comme une boule. L'utérus était très haut ; on pouvait à peine atteindre les lèvres petites et minces. La sonde utérine a montré que l'utérus était situé derrière la tumeur et qu'il était de quatre lignes plus long que normalement, faisant corps avec la tumeur. La vessie était déviée en avant et en haut. La tumeur se trouve située entre l'utérus, la vessie et le fond du vagin. En pressant sur la tumeur il s'écoulait du pus de la cavité de l'utérus.

Incision du cul-de-sac. Le doigt introduit dans le foyer de l'abcès, on constate qu'il est limité par des parois sinueuses, inégales, rigides. Guérison assez rapide.

C'est sans doute un *abcès situé entre l'utérus, la vessie et le fond du vagin*, communiquant avec l'utérus, se vidant mal. Le début eut lieu au commencement de la grossesse dans la paroi de l'utérus et occasionna l'avortement.

#### Obs. XVII. — KIWISH. *Ibidem.*

2<sup>e</sup> Cas (d'après FRANQUÉ.) — Femme 19 ans. Accouchement normal le 7 juin 1839. Trois jours après : frissons, fièvre intense. Infection puerpérale ; symptômes pulmonaires.

Il persiste une fièvre « qui ne semblait pas répondre à une lésion localisée ».

18 juillet : on sent l'utérus à travers les parois de l'abdomen dur et sensible. Par le toucher on constate que la portion vaginale de l'utérus était épaisse, raccourcie, non douloureuse ; l'utérus était mobile. Deux jours après l'utérus avait augmenté du double. Augmentation des douleurs et fluctuation.

Ponction au-dessus du bord supérieur de la symphyse dans l'utérus fluctuant : on retire 5 onces de pus. Après quatorze jours la plaie était fermée. Pendant ce temps l'utérus diminuait au point qu'il n'était plus palpable à travers la paroi abdominale. On pouvait à peine sentir

la saillie de la portion vaginale, on ne constatait qu'une fente transversale.

Renvoyée guérie le 10 août.

Rien ne prouve qu'on ait eu affaire à un abcès de l'utérus. Il paraît plus probable qu'on se trouvait en présence d'une *paramétrite*.

**Obs. XVIII** (résumée). — CLIVI. Storia d'un vasto ascesso uterino. *L'Ippocratico*, 1872, série 3, t. XXII, p. 65.

Angiola M... se marie à 37 ans. Elle est bientôt enceinte, mais la grossesse est très pénible, surtout dans les deux derniers mois. Dans la nuit du 10 novembre 1869, Clivi est appelé.

Il se trouve en présence d'une présentation de l'épaule. Il fait la version et retire un fœtus mort depuis longtemps.

Après la délivrance, le ventre diminue peu de volume ; Clivi pensa à l'existence d'une tumeur utérine ; à l'examen il trouva une tumeur occupant toute la paroi droite de l'utérus et venant faire une grosse saillie dans la cavité utérine.

La tumeur avait une forme ovoïde, longue de 18 à 20 centimètres et large de 12 centimètres. Elle était peu douloureuse et existait déjà avant la grossesse d'après la malade.

Elle devint rapidement plus douloureuse, s'accompagnant de fièvre pendant une quinzaine de jours.

Un mois après cependant la malade était levée et se portait bien.

Clivi est rappelé de nouveau quatre à cinq mois plus tard ; la malade était de nouveau enceinte. L'accouchement fut encore plus difficile que la première fois. Le fœtus était mort également. La main introduite dans la cavité utérine, délivrée du placenta, constata que la tumeur était beaucoup plus volumineuse et plus douloureuse que la première fois. La fièvre s'établit continue ; le ventre resta dur, enflé, douloureux ; l'amaigrissement devint rapidement considérable.

Quelque temps après on constate une fluctuation au niveau de l'ombilic.

Clivi se décide alors à faire la ponction de la poche par le vagin. Il introduit une longue canule dans l'orifice utérin, puis un trocart en dirigeant la pointe à droite et de bas en haut.

Il s'écoule un liquide blanchâtre en très grande abondance (6 litres), d'odeur horriblement fétide. On laisse un drain.

Après la ponction, soulagement immédiat et dans les quatre ou cinq jours suivants, l'état s'améliora très sensiblement. Mais le drain étant tombé les phénomènes réapparurent avec la même intensité.

Huit à dix jours plus tard, nouvelle ponction ; il s'écoule 2 litres de pus également fétide. La canule ne peut être tolérée que quelques heures.

Cette fois néanmoins après quelques jours d'abondante suppuration les phénomènes s'amendèrent et la malade se rétablit.

La malade fut de nouveau enceinte en février ; la grossesse fut normale ; l'accouchement facile et l'enfant vécut.

Il nous semble bien difficile d'accepter cette observation comme un cas d'abcès utérin. Rien ne permet de penser que le pus s'est collecté dans l'utérus. Et il est bien probable qu'on a eu affaire à un abcès paramétritique.

**Obs. XIX.** — ASHFORD MILLER, cité par FRANQUÉ, 1873.

Ashford Miller trouva chez une négresse une grosse tumeur au devant de la vulve, ressemblant tout d'abord à une cystocèle. Après un examen attentif il constata que l'utérus était prolabé et que la masse fluctuante était un abcès du fond de l'utérus. Il ouvrit l'abcès : il s'écoula une demi-pinte d'un pus sanguinolent. Puis il réduisit l'organe. Guérison.

La localisation exacte de l'abcès ne nous paraît pas suffisamment précise pour que nous considérions ce cas comme un véritable abcès utérin.

**Obs. XX.** — MACDONALD. Report of a case of metro-perimetritis ending in abscess of the uterus. *Edinburgh medical Journal*, 1880, p. 874.

T. S..., 38 ans, vieille fille, reçue au Royal Infirmary le 12 octobre 1878. Il y a deux ans, pendant une de ses périodes menstruelles, la malade aurait eu un refroidissement avec rétention d'urine. Douze jours après elle remarqua une tumeur dans l'abdomen qui ne commença à l'inquiéter qu'il y a trois mois par les douleurs qu'elle détermina. Le médecin qui l'envoya à l'hôpital certifie qu'il y a quatre mois il l'a soignée pour une crise péritonitique qui ne dura que trois à quatre jours.

Par la palpation, on sent une tumeur irrégulière, très dure, dont une portion occupe la fosse iliaque droite nettement séparée de la plus grosse partie de la tumeur qui est placée sur la ligne médiane et un peu vers la gauche. A gauche la tumeur s'étend jusqu'aux fausses côtes, à droite jusqu'à un pouce au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle était mobile et molle. A l'auscultation on entendait un souffle sur toute l'étendue de la tumeur. Pas de bruit fœtal. La malade niait la grossesse, mais les aréoles étaient très développées et elle avait un peu de lait.

Toucher vaginal : orifice mou et gros ; petit polype. Utérus gros

occupant tout le bassin et repoussé à gauche par quelque chose qui ressemblait à un fibrome sur le côté droit.

Le 15 octobre : avortement.

Le toucher permet alors de reconnaître qu'il persiste à droite une tumeur se continuant avec l'utérus qu'on reconnaît facilement à gauche. Le fœtus était mort depuis plusieurs jours. Douleurs abdominales, élévation de température pendant plusieurs jours.

Le 15 novembre on sent encore la tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilic.

Le 6 janvier, après des douleurs abdominales plus violentes, une élévation de température à 103° et une augmentation de volume de la tumeur, il sort par un petit orifice produit spontanément au-dessous de l'ombilic, une grande quantité de pus fétide. Une sonde introduite par cet orifice abdominal pénètre jusqu'au niveau de l'utérus. Macdonald pense que la cavité de l'abcès communiquait avec la cavité utérine, puisqu'une sonde introduite par l'orifice du col et dirigée en haut et à droite venait poindre à l'orifice ombilical.

Drainage. Lavages. Guérison.

Dans les remarques qui font suite à l'observation, Macdonald lui-même émet l'hypothèse d'un fibrome qui s'est infecté à l'occasion de l'avortement et s'est transformé en abcès.

**Obs. XXI.** — STIRTON. Posterior uterine abscess.

*Glasgow medical Journal*, t. 16, 1881, p. 356.

Kate M..., 22 ans, entre à l'hôpital se plaignant de douleurs principalement dans la région iliaque droite.

Elle s'est toujours bien portée et a toujours été réglée normalement jusqu'à l'année dernière. Elle devint enceinte à cette époque. Le travail dura 13 heures et trois jours après la malade reprenait ses occupations. Quinze jours plus tard elle commença à souffrir de douleurs abdominales et les lochies cessèrent pendant trois jours. Puis les pertes recommencèrent ; la douleur devint plus vive si bien qu'elle entra à l'hôpital.

A son entrée la douleur siège à l'hypogastre et dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. L'utérus était gros, formant une tumeur globuleuse, dure, remontant à un pouce au-dessus du pubis. Le col ne pouvait être senti et la sonde ne pouvait pénétrer dans la cavité utérine. Aucun trouble vésical ni rectal.

Pendant deux mois aucun traitement ne put modifier la douleur, ni faire diminuer le volume de la tumeur qui ne cessa d'augmenter jusqu'à ce qu'elle vint pointer à l'ombilic. Une ponction suivie d'incision donna issue à dix onces de pus. Les jours suivants la température qui avait oscillé depuis son entrée entre 105° et 98° tomba à 97°4 et 98°2. La douleur cessa, mais l'utérus ne diminua pas de volume.

Trois semaines plus tard l'écoulement se tarit et on laissa la plaie se fermer.

Stirton insiste sur ce qu'à aucun moment on ne sentit d'induration dans le cul-de-sac postérieur. Le cathétérisme de l'utérus démontra que la cavité n'était ni plus longue, ni plus large que normalement et que ses parois étaient fermes, résistantes.

La lésion siégeait donc, dit Stirton, à la partie postérieure et supérieure des parois utérines.

**Obs. XXII.** — THOMAS EDWARDS. A case of puerperal mania and metritis terminating in abscess; recovery. *The Lancet*, 29, August, 1885, t. II, p. 385.

Le 16 avril de cette année, j'ai accouché de deux jumeaux, L. G., primipare, âgée de 28 ans. Elle souffrait à ce moment d'une légère bronchite et de dépression mentale. Je fis une application de forceps pour le premier enfant. Jusqu'au 3<sup>e</sup> jour santé parfaite; elle se plaignait alors d'un besoin de sommeil. Je lui donnai du bromure de potassium et du chloral. Le 6<sup>e</sup> jour se manifestèrent quelques troubles mentaux. J'ordonnai du jalap et du calomel et la continuation du chloral toutes les quatre heures.

Lavages vaginaux. Le 8<sup>e</sup> jour, les troubles mentaux s'amendèrent. Les lochies et le lait cessèrent. L'abdomen augmenta beaucoup de volume; douleur à la pression sur l'utérus. Température 40<sup>o</sup>. Pouls 120. Application d'onguent mercuriel et lotions de térébenthine. Toutes les quatre heures mixture au sulfo-carbonate de soude. Le 11<sup>e</sup> jour, il y avait bronchite, diarrhée, délire tranquille, surdité bilatérale, facies angossé. Température 40<sup>o</sup>. Pouls petit. L'abdomen avait diminué de volume. Il existait une induration s'élevant de beaucoup au-dessus de l'ombilic. Des cataplasmes de moutarde furent appliqués sur la poitrine. Le 14<sup>e</sup> jour, la malade commença à aller mieux. La température cependant était encore haute, et la tuméfaction abdominale toujours la même.

Le 21<sup>e</sup> jour, même état.

Dans la première semaine de juin, un gros abcès pointa et s'ouvrit en un point situé entre l'ombilic et le pubis. L'utérus solidement fixé à la paroi utérine, diminua cependant rapidement de volume, et la malade est en convalescence.

Ici encore, il s'agissait probablement d'un abcès paramétritique. En tout cas, rien ne permet d'affirmer l'abcès utérin.

**Obs. XXIII.** — KILPATRICK. *The Dublin Journal of med. Science*, 1887, t. II, p. 152.

Tumeur abdominale du volume de l'utérus au 7<sup>e</sup> mois, apparaissant

trois semaines après la délivrance et s'étendant du pubis à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle devint rapidement adhérente à la paroi abdominale et quatre semaines après s'ouvrit à travers l'ombilic. Il s'écoula une matière épaisse comme du mastic, fétide.

Drainage et lavages. Guérison.

Ce cas pourrait tout aussi bien être étiqueté : kyste suppuré de l'ovaire devenu adhérent ; ou grossesse extra-utérine, ou péritonite enkystée.

Pour Pozzi, c'est une observation non douteuse de suppuration paramétritique ayant envahi la cavité de Retzius et s'étant ouverte au niveau de l'ombilic.

**Obs. XXIV.**— LAWSON TAIT. *Diseases of women and abdominal surgery*. T. I, p. 122.

IV pare. Dernier accouchement il y a cinq mois. Après être restée exposée à un grand froid pendant plusieurs heures, elle éprouva un grand frisson, suivi de violentes douleurs au-dessus du pubis. Je la vis le troisième jour et trouvai sur le fond de la vessie, une tumeur molle, et reliée à l'utérus. Le col était peu augmenté de volume et mou ; il en sortait un pus épais et sanguinolent. Par le cathétérisme on constata que l'utérus est de longueur normale et en rétroversion. La tumeur était mobile avec l'utérus, de sorte que je conclus à un petit fibrome en train de se ramollir ou à un véritable abcès de la paroi antérieure de l'utérus. Dans les deux cas la dilatation du col me parut utile et je la fis avec une éponge préparée. Le jour suivant l'éponge était imbibée de pus, l'utérus était diminué de plus de moitié, la cavité utérine était pleine de pus et quand j'y introduisis le doigt, je pus sentir une place molle avec une ouverture au milieu dans la paroi antérieure de l'utérus, juste à l'intérieur du col. Guérison en quelques semaines.

Le fait qu'il ne subsista pas de fixation de l'utérus et que la tumeur disparut complètement fait éliminer à Lawson Tait l'abcès paramétritique.

Augustein de son côté pense aussi que dans ce cas il s'agissait d'un abcès siégeant dans la paroi de l'utérus.

Mais il nous semble que les faits se seraient passés de la même façon dans un cas d'abcès périmétritique.

**Obs. XXV et XXVI.** — SCHRÖDER cité par FRANQUÉ, 1890.

« J'ai vu moi-même deux cas d'abcès de l'utérus : l'un d'eux s'est développé pendant la période puerpérale, après la délivrance. L'abcès qui avait eu tendance à pénétrer dans la paroi abdominale a été ouvert par un médecin. Il s'écoula aussitôt un demi-litre de pus.

Dans l'autre cas l'abcès s'était développé après un cathétérisme du col *sténosé*. Il atteignit le volume d'une tête d'homme et s'ouvrit dans le rectum. »

Des deux cas relatés par Schröder, dit Pozzi (1), l'un post-puerpéral paraît avoir été une simple *paramétrite* : l'autre ouvert par le rectum et consécutif à un sondage de l'utérus était très vraisemblablement une *suppuration de trompes*.

**Obs. XXVII.** — BAKOWSKI. Uterus abscess mit Perforation in die Cervix, Heilung. Wörtlich gleich lantender Aufsatz in : *Internationale klin. Rundschau*, 1891, n° 47 und der *Frauenartz*, Bd VII, 1892.

Femme mariée, 65 ans. Depuis quelques jours fièvre et douleurs très intenses dans l'hypocondre.

Ménopause il y a vingt ans.

On a trouvé : une tumeur dure, de deux doigts de large au-dessus de la symphyse. Prolapsus de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin ainsi que du col. Après réduction on a constaté des connexions entre l'utérus et la tumeur.

Trois semaines après, sortie de pus fétide par l'utérus. Après deux semaines Bakowski a trouvé une tumeur du volume d'une tête d'enfant, rénitente, douloureuse, mais bien mobile, un utérus gros, rempli de liquide. Il a pu pénétrer dans le col oblitéré à l'aide d'une sonde ; il s'évacua du pus fétide en très grande quantité et des lambeaux nécrotiques après dilatation. Guérison en deux semaines.

Torggler (*Centralblatt f. Gynäkologie*) pense que « c'est une observation longue, mais scientifiquement trop courte et insuffisante ».

Malgré l'auteur, dit Franqué, on peut bien supposer que c'est une simple *pyométrite sénile* et jamais un abcès de l'utérus.

**Obs. XXVIII.** — AUCLAIR. Suppuration de l'utérus.

*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 88.

H... Marie, 52 ans, entre le 14 janvier 1893 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Thibierge.

*Antécédents personnels.* — Bien portante jusqu'à il y a huit mois. Un soir, la malade prend froid, se couche et le lendemain ne peut se lever. Les deux membres inférieurs étaient paralysés. Depuis, accentuation de la paralysie.

*Etat actuel.* — Décubitus dorsal ; la malade est un peu inclinée à

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1897, p. 150.

gauche cependant. Les deux membres inférieurs sont presque complètement paralysés.

La malade peut faire quelques mouvements des orteils et du pied, mais ne peut remuer les jambes.

Paraplégie flasque. Douleurs très violentes et par crises, dans les fesses, les cuisses et les talons. Ces douleurs paraissent être plus vives alternativement dans un membre ou dans l'autre. La sensibilité au tact, à la douleur provoquée et à la température paraît peu touchée ; renseignements fort vagues du reste, vu l'état de cachexie de la malade.

Les réflexes rotuliens sont abolis, la malade a depuis un mois de l'incontinence d'urine et des matières fécales.

Infiltration énorme des deux membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc, la pression détermine facilement le godet, les téguments sont pâles.

L'œdème est plus accentué sur le côté où se couche habituellement la malade. Eschare peu étendue au sacrum. Aucune déformation du rachis. Amaigrissement considérable. Dégoût pour tous les aliments surtout pour la viande. Nausées fréquentes mais sans vomissements. Teint pâle, cachectique.

Pommettes légèrement colorées. On ne trouve nulle part des nodosités ou des tumeurs ; ni dans les organes profonds, ni dans les seins, ni dans les téguments.

L'œdème énorme de la région abdominale inférieure en gêne la palpation.

Les touchers vaginal et rectal ne sont pas faits. La malade affirme du reste n'avoir jamais rien présenté d'anormal de ce côté.

*Diagnostic.* — Cancer intra-rachidien siégeant au niveau de la région lombaire ; peut-être névrite périphérique.

*Autopsie.* — Rien dans les poumons ni au cœur. La colonne vertébrale, les méninges, la moelle sont saines. Le foie est muscade. L'estomac est normal. A l'ouverture de l'abdomen, masse volumineuse remplissant tout le bassin et comprimant le plexus sacré et les vaisseaux hypogastriques. La tumeur paraît être médiocre et avoir eu pour point de départ le corps de l'utérus.

Ovaires, trompes et utérus sont confondus, et il est difficile de dire ce qui dans la tumeur appartient à l'un ou à l'autre.

Détachée de ses adhérences au bassin, à la vessie et au rectum, la tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est molle, pâteuse par places ; ailleurs plus consistante et recouverte d'une paroi chondroïde. La section montre des masses ramollies, puriformes avec suc abondant, miscible à l'eau.

L'examen macroscopique est impuissant à démontrer exactement la nature de la tumeur et son origine exacte : ovaires ou utérus.

M. Legry a fait l'examen histologique de la pièce. La coque qui en-

---

ture de toutes parts la tumeur est constituée par du tissu utérin. A mesure qu'on se rapproche du centre on voit les fibres musculaires dissociées par les globules de pus. Il s'agit donc de l'envahissement de la paroi utérine par une suppuration dont le point de départ reste inconnu.

La suppuration de l'utérus ne peut évidemment pas être mis en doute, mais il ne peut évidemment pas être question d'un véritable abcès.



## CONCLUSIONS

1° Il existe dans l'utérus, à l'âge adulte, des débris embryonnaires qui sont les vestiges les uns du canal de Wolff ou de ses diverticules, les autres d'invaginations du canal de Müller et qui peuvent donner lieu à un moment donné à la production de formations pathologiques.

2° On peut trouver dans l'utérus diverses variétés de kystes : kystes muqueux, hydatiques, embryonnaires, séreux, sanguins.

3° Les kystes muqueux sont des altérations pathologiques de toute la muqueuse utérine, se produisant généralement après la ménopause sans déterminer aucun trouble pathologique important.

4° Les kystes hydatiques de l'utérus sont des localisations rares de l'échinococcose, probablement à cause de l'activité circulatoire déterminée tous les mois par la menstruation. Ils sont les uns primitifs, les autres secondaires. Leur évolution est lentement progressive. Leur principal danger est qu'ils peuvent être au moment de l'accouchement une cause de dystocie nécessitant une intervention immédiate.

5° Les kystes embryonnaires sont de beaucoup les plus intéressants.

Sans nier les différentes théories pathogéniques qui placent l'origine de ces kystes dans les culs-de-sac glandulaires, les invaginations péritonéales, le corps de Wolff ou le canal de Müller, nous nous rallions à la théorie d'Amman pour qui l'origine de ces kystes est dans le canal de Wolff lui-même, *et dans ses diverticules ajouterons-nous.*

Ils sont caractérisés par la présence d'un revêtement épithélial interne formé de cellules cylindriques ciliées ou non.

6° Les kystes dits séreux ne sont, à notre avis, que des kystes embryonnaires ayant subi une augmentation de volume considérable et dont le revêtement épithélial n'a pas été reconnu par les auteurs,

soit qu'ils en aient négligé l'étude, soit que s'étant modifié ils ne l'aient pas retrouvé.

7° Les kystes sanguins de l'utérus s'observent comme complication des angiomes ou comme transformation de kystes préexistants. Dans les deux cas ils sont très rares, mais méritent néanmoins d'être signalés car ils peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles.

8° Les abcès de l'utérus sont consécutifs à une infection qui le plus souvent puerpérale peut être encore gonococcique, tuberculeuse ou traumatique.

9° En dehors des abcès nettement lymphangitiques, il en est dont la formation doit être attribuée à l'infection de petits kystes embryonnaires préexistants et passés inaperçus, car il est difficile d'admettre autrement la formation d'une collection enkystée dans un tissu musculaire.

10° Le siège de prédilection de ces abcès au niveau du fond de l'organe est en rapport avec le siège d'élection des kystes embryonnaires au niveau du fond et des cornes.

11° Leur étude clinique enfin mérite une attention particulière, car la précocité du diagnostic mettra le sujet à l'abri des dangers de la rupture par une intervention énergique et rapide.

---

Vu :  
Le Doyen,  
DEBOVE.

Vu :  
Le Président de la Thèse,  
F. TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
L. LIARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

### LIVRE I. — Embryologie.

- Beigel.** — Contribution à l'étude du corps de Wolff chez l'homme. *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1878, n° 27.
- Bœhm.** — Ueber Erkrankung der Gartner'schen Gänge. *Archiv für Gynäkologie*, 1883, Bd XXI, Heft 1.
- Dohrn.** — Ueber die Gartner'schen Kanäle beim Weib. *Archiv für Gynäkologie*, Bd XXI, 1883, S. 328.
- Fischel.** — Beiträge zur Morphologie der Portio vaginalis uteri. *Archiv für Gynäkologie*, Bd XVI.
- Follin.** — *Recherches sur les corps de Wolff*. Paris, 1850.
- Gærtner.** — *Anatomiske Beskrivelse over et ved nogle Dyr-arbers uterus undersøgt glandulost organ*. Kopenhagen, 1822.
- Kobelt.** — *Parovarium chez la femme*, 1847, p. 17.
- Kocks.** — Ueber die Gartner'schen Gänge beim Weibe. *Archiv für Gynäkologie*, Bd XX, 1883, S. 487.
- Koelliker.** — *Embryologie*, 2<sup>e</sup> éd., 1879, p. 986.
- Jacobson.** — *Les corps de Oken*. Copenhagen, 1830, p. 16.
- Legay.** — Voir **TOURNEUX**.
- Maudach.** — Beiträge zur Anatomie des Uterus von Neugeborenen und Kindern. *Archiv für pathologische Anatomie* von Virchow, 1899, Bd 156, p. 94.
- Merkel.** — *Handbuch der topogr. Anatomie*. Brunswick, 1904.
- Nagel.** — Ueber die Wolff'schen Gänge beim Menschen. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1895, n° 2, p. 46.
- Pilliet.** — Les débris du corps de Wolff et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs. *Tribune médicale*, 2<sup>e</sup> série, n° 2 et 3, p. 24 et 44, mars 1889.
- K. Rieder.** — Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe. *Archiv für pathologische Anat.* von Virchow, Bd 96, p. 100, 1884.
- Rieffel.** — *Traité d'anatomie humaine* de POIRIER et CHARPY, t. V.
- Tourneux et Legay.** — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin envisagé principalement chez le fœtus humain. *Journal de l'Anatomie*, Paris, 1884, t. XX, p. 330-386.
- Viault.** — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

## LIVRE II. — Kystes de l'utérus.

1<sup>o</sup> KYSTES MUQUEUX.

- Ferrier.** — *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus.* Thèse de Paris, 1854.
- Grenet.** — *Des kystes folliculaires de l'utérus.* Thèse de Paris, 1857.
- Huguier.** — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin. *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, p. 241, 1847.
- Klob.** — *Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane.* Wien, 1864, p. 169.
- R. Moericke.** — Die Uteruschleimhaut in den verschiedenen Altersperioden und zur Zeit der Menstruation. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd VII, 1882, p. 84.
- Virchow.** — *Die Krankhaften Geschwülste*, Bd. I. Berlin, 1863, p. 242.
- E. Weber.** — *Archiv für physiol. Heilkunde von ROSE und WUNDERLICH.* Stuttgart, 1853, p. 289.

2<sup>o</sup> KYSTES HYDATIQUES.

- Altormyan.** — Hydatid of the uterus. Laparotomy. Recovery. *The Lancet*, 1891, t. I, p. 769.
- Baker.** — A case of hydatids of the womb. *Indiana M. J.* Indianapolis, 1883. 4. II, p. 194.
- Bar et Dambrin.** — De la dystocie par kystes hydatiques du bassin. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, t. IV, 1901, p. 294.
- Beigel.** — *Krankh. der weibl. Geschlechtorgane*, 1869, p. 504.
- Bergesio.** — Sull'echinococco uterino. *Bolletino del Policlinico generale di Torino.* Torino, 1898. Anno III, n° 6, p. 76.
- Bray.** — Report of a case of uterine hydatids. *Canad. Pract.* Toronto, 1888, XIII, 213.
- Chadwick.** — Four cases of echinococci in the female pelvis. *Amer. Journ. of obst.* New-York, 1874. 5. VII, 668-679.
- Charcot.** — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. *Gazette médicale*, 1852, p. 540.
- Dambrin.** — Voir BAR.
- Darby.** — Kyste hydatique de l'utérus. *Dublin Obstetrical Society.* Anal. in *British medical Journal*, 30 mai 1874, p. 714.
- Dermigny.** — *Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme.* Thèse de Paris, G. Steinheil, 1894.
- Desfosses.** — Voir TISSIER.
- Devé.** — *De l'échinococcose secondaire.* Thèse de Paris, 1901.
- Ferrant.** — Hydatides de l'utérus du corps thyroïde, etc. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, t. 36, 1861, p. 241.

- Freund.** — *Tageblatt der Baden-Badener Naturf-Versamml.*, 1879, p. 6 et 7.
- Gross.** — A case of hydatid disease of the uterus. *Trans. med. Soc. N. Jersey.* Newark, 1882, 210.
- Günzbourg.** — Tumeur à échinocoques de l'utérus gravide, perforation de la tête du fœtus avec cranioclasie. Guérison. *Med. Obosrenie*, 1884, n° 6, anal. in *Deutsche medizinale Zeitung*, 1884, n° 53, et in *Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 367.
- Hewitt (Graily).** — Hydatids of the uterus. *Transactions of the Obst. Soc. of London*, vol. XII, p. 135 et 237.
- Jones.** — Extreme retroversion of the uterus with hydatids. *The Lancet*, 1879, t. I, p. 765.
- Kouzmina (C.-J.).** — Echinocoques de l'utérus. *Kyurgia*, t. XIII, 1903, p. 678.
- Küchenmeister** in BIRSCH-HIRSCHFELD. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie.* Leipzig, 1877, p. 1156.
- Laennec.** — *Mémoires de la Soc. de la Faculté de méd. de Paris*, tome I et unique commencé en 1805. Bibliothèque nationale (réserve), t. 227-46. Mémoire sur les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain, lu à la séance du 26 Pluviôse an II, p. 1804.
- Lavigne Sainte-Suzanne.** — *Kystes hydatiques du bassin.* Thèse de Bordeaux, 1893.
- Macdonald.** — Notes of a case of uterine hydatids. *Maritime M. News.* Halifax, 1888-9, I, 29.
- Mac-Nevin.** — Case of solitary hydatid of the uterus. Remarks. *New York med. Journal*, 1849, II, 224-227.
- Martin.** — Hydatids of the uterus. *Homœop. J. Obst.*, New-York, 1881-2, III, p. 29-31.
- Newmann.** — *Trans. of the Obst. Soc. of London*, vol. IV, 1862.
- Péan et Secheyron.** — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *Congrès de Toulouse*, 1887, p. 861, et in *Archives de Tocologie.* Paris, 1887, t. XIV, p. 985.
- Porak.** — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1884, p. 137.
- Riggs.** — A case of hydatids of the uterus. *Pittsburg med. Journal*, 1882, II, 43.
- Rokitansky.** — *Handbuch der Spec. path. Anatomie*, 1842, Bd. II, p. 539.
- Rivière.** — Kystes hydatiques du petit bassin. *Lyon médical*, 1892, t. LXIX, p. 223.
- Savariaud.** — Kyste hydatique du ligament large. *Congrès français de chirurgie*, 1903.
- Schröder.** — *Mal. des org. génit. de la femme.* Trad. franç. par LAUWERS et HERTOEGHE, 1886, p. 340.

**Sherman.** — Hydatids of the uterus. *Homœop. J. Obst.* New-York, 1889, XI, 19-21.

**De Sinéty.** — *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.* Paris, 1879, p. 472.

**Szancer.** — Echinococcus der Gebärmutter bei einem 12 jährigen Mädchen. *Zeitschr. für Geb. und Gynäk.*, Bd. IV, 1879.

**Thomas.** — Case of uterine hydatids accompanied with icterus. *Birmingham med. Review*, 1883, XIII, 199-202.

**Tissier et Desfosses.** — *Soc. Obstetr.*, 14 janvier 1897.

**Wiener (Max).** — Ueber Echinococcusgeschwülste des Beckens als Geburtshinderniss (Clinique gynécologique de Breslau). *Archiv für Gynäk.*, 1877, t. XI, p. 572.

### 3° KYSTES EMBRYONNAIRES.

**Baraban.** — Etude sur les cystadénomes de l'utérus. *Revue médicale de l'Est*, 1890.

— Contribution à la pathogénie des cysto-myomes utérins. *Revue médicale de l'Est*, octobre 1891, p. 609.

**Baraban et Vautrin.** — Tumeur fibro-kystique du col utérin d'origine congénitale. *Annales de gyn. et d'obst.*, 1898, t. L, p. 412.

**Blount.** — Ciliated cysts and glands of the uterine, tubal and pelvic serosa. *American Journ. of Obstetrics*, août 1905, p. 210.

**Bulius.** — Zur Diagnose der Tuben und Peritonealtuberkulose. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, Leipzig, 1897, p. 415.

**Burkhardt.** — Kyste des linken Gärtner's zum Ganges. *Monatsschrift für Geburtst. und Gyn.*, 1897, VI.

**Cameron.** — On adenomyoma of the uterus. *The Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, mars 1904, p. 248.

**Chiari.** — Zur pathologischen Anatomie des Eileitercatarrhs. *Zeitschrift für Heilkunde*, 1887, Bd VIII, p. 457.

**Cohn (Mlle).** — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des nodosités des cornes utérines d'origine salpingienne. Thèse de Paris, 1901.

**Druon.** — *Néoplasmes kystiques de l'utérus.* Thèse de Paris, 1899.

**Fabricius.** — Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und dessen Umgebung. *Archiv für Gynäk.*, 1896, L, 385, Taf. VIII.

**Furet.** — Les kystes de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 217.

**Franqué (Otto).** — Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae. *Zeitschrift für Geburts. und Gyn.*, 1900, Bd XLII, 1 Heft, p. 41  
Résumé in *Revue de Gynécologie*, n° 1, 1901, p. 158.

**Girerd.** — Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gärtner. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1894.

**Gottschalk.** — Demonstration zur Entstehung der Adenome des Tuben isthmus. *Centralblatt für Gynäk.*, 1900, n° 15, s. 411.

- Klein.** — Kyste des rechten Wolff'schen Ganges. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gyn.*, 1890 (?)
- Kossmann.** — Die Abstammung der Drüseneinschlüsse in den Adenomyomen des Uterus und der Tuben. *Archiv für Gynäkologie*, 1897, Bd 54, p. 359.
- Lebec.** — *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1880.
- Lockstaedt.** — Ueber Vorkommen und Bedeutung von Drüsenchlauchen in den Myomen des Uterus. *Monatschr. für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1898, vol. VII.
- Meyer (R.).** — Ueber Drüsen, Cysten und Cystadenome im Myometrium bei Erwachsenen (Sur les glandes, les kystes et les adénomes dans l'épaisseur du muscle utérin chez la femme adulte). *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk.*, Bd 42, p. 526, 1900. Résumé in *Revue de gynécologie*, n° 1, 1901, p. 137.
- Ueber die Genese der Cystadenome und Adenomyome des Uterus. *Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1897, Bd 37, S. 333. Résumé in *Centralblatt für Gynäk.*, 1897, n° 24, p. 28.
- Nedkow.** — *Contribution à l'étude des kystes wolffiens des organes génitaux et de leurs annexes chez la femme*. Thèse de Montpellier, 1897.
- Opitz.** — Ueber Adenomyome und Myome der Tuben und des Uterus. *Centralblatt für Gynäk.*, 1900, n° 15, p. 411.
- Pick.** — Ein neuer Typus des volum. paroophoralen Adenomyosus und totale Verdoppelung des Eileiters. *Archiv für Gynäk.*, 1896 ou 1897, LIV, p. 117.
- Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes. *Archiv für Gynäk.*, 1898, LVII, p. 461.
- Ueber Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron. *Archiv für pathologische Anatomie*, 1899, Bd. 156, p. 507.
- Ist das Vorhandensein des Adenome des Epoophoron erweisen? *Centralblatt für Gynäk.*, 1900, n° 15, p. 389.
- Recklinghausen.** — *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubewendung*. Berlin, 1896.
- Rieder.** — Ueber die Gärtner'schen Canäle beim menschlichen Weibe. *Archiv für pathologische Anat. von Virchow*. Bd 96, p. 100, 1884.
- Stuffer.** — Rara cisti uterina estirpata mediante laparotomia. *Lucina*, Bologne, 1<sup>er</sup> octobre 1904, n° 10, p. 151.
- Verneuil.** — Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff dans les deux sexes. *Mémoires de la Soc. de chir. de Paris*, 1857, t. IV, p. 58.

## 4° KYSTES DITS SÉREUX.

- Atlée.** — Volumineux kyste de l'utérus. *Transactions of the American Association*, t. V, et *American Journal of the medical Sciences*, t. XIX 1843.

- Candelet.** — Kyste interstitiel de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, 1868, 2<sup>e</sup> série, 13, p. 392.
- Demarquay.** — *Traité clinique des maladies de l'utérus*, 1876, p. 286.
- Huguier.** — *Loc. cit.*
- Lebec.** — *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1880 et in *Paris médical*, 1880, 2<sup>e</sup> série, p. 457-460.
- Lœbl.** — Cystic tumour of unusual character in the wall of the uterus. *The Lancet*, 1872, I, p. 12.
- Péan.** — Kyste interstitiel des parois de l'utérus. *Leçons de clinique chirurgicale*, t. 3, p. 980.
- Pénard.** — *Bull. de la Soc. Anat.*, t. 22, 1847, p. 11.
- Perret.** — Les kystes de l'utérus. *Lyon médical*, juillet 1898, p. 432.
- Thibaut.** — Kyste de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, XVII<sup>e</sup> année, 1842, p. 164.

#### 5<sup>o</sup> KYSTES SANGUINS.

- Lafon.** — Kyste sanguin de l'utérus. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de la Rochelle*, 1894, p. 96.
- Boldt.** — Cavernous angioma of the uterus. *The Amer. Journ. of Obstetrics*, décembre 1893, p. 834.
- Klob.** — *Pathol. Anat. der weib. sexual-Organen*. Wien, 1864, p. 173.
- Webster.** — Case of a large unilocular blood-cyst developing in the wall of the uterus after the menopause. *The American Journ. of the med. Sciences*, 1895, p. 277.

### LIVRE III. — Abscès de l'utérus.

- Alterthum.** — HEGAR's Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, Leipzig, 1898, p. 54.
- Ashford.** — Metritis. *Report of Columbia Hospital for women*, Washington, D. C. 1873.
- *Report of section diseases of females at Columbia Hospital dispensary*, p. 252.
- Ashwell.** — *A practical treatise on the diseases peculiar to women*, p. 520. London, 1846, 2<sup>e</sup> édit.
- Astruc.** — *Theoret. prakt. Abhandlungen von den Frauenzimmerkrankheiten aus dem Franz von C. F. Otto*, t. II, p. 140, nota. Dresden, 1770.
- Auclair.** — Suppuration de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, 1893, p. 88.
- Augustein.** — *Abcessus parietis uteri*. Inaug.-Diss. Leiden, 1893.
- Bajon.** — Observ. sur un dépôt à la matrice avec grossesse. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc. Paris, 1779, p. 511, t. II.
- Bakowski (T.).** — Wielki ropień macicy z przebicciem się do jamy tejże, wyzdrowienie (Enorme abcès de l'utérus ouvert dans la cavité

- de l'utérus. Guérison). — Traduit in *Internat. klin. Rundschau*, Wien, 1891, V, n° 47 et dans *Frauenarzt.*, Berlin, 1892, VII, p. 141.
- Barbour.** — Voir HART.
- Barnes (R.).** — *Traité clinique des maladies des femmes.* Traduction française par A. CORDES. G. Masson, éditeur, Paris, 1876, p. 430.
- Bartholini (Th.).** — *Historiarum anatomicar. rariorum Centurio*, 1, 2 et 3, p. 156. Hafniae, 1634.
- Bates (J.-M.).** — A case of intramural abscess of the Womb. *Tr. Maine med Ass.*, Portland, 1869-1870, p. 159.
- Berry.** — Case of uterine abscess. *Memphis med. Record*, 1854, t. II, p. 65.
- Bird.** — Case of abscess in the walls of the uterus communicating with the rectum. *The Lancet*, 1842-1843, t. I, p. 645.
- Boldt.** — Abscess of the uterus, puerperal pyosalpinx and intra-peritoneal abscess. *Proceedings of the New York path. Soc.*, 1888, p. 89. New-York, 1889.
- Brissaud.** — Etude sur les tuberculoses locales. *Archives génér. de médecine*, 1880.
- Brown (John).** — Abscess of the uterus. *Dublin journal of med. Science*, t. VI, p. 34, 1834.
- Brouardel.** — Thèse de Paris, 1865.
- Buckingham.** — A case of uterine abscess. *Trans. Colorado Med. Soc.* Denver, 1879, p. 77-79.
- Budin.** — Soc. d'obst. de Paris, 1901, séance du 4 juillet. *Voy. Obstétrique*, 1901, p. 557.
- Cavazzani.** — Grandi ascessi parenchimatosi dell'utero. *Atti del R. Istituto veneto di Scienze, Lettere ed Arti.* Venezia, 1897-98, t. IX, s. VII.
- Championnière (J.-L.).** — *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine.* Paris, 1870.
- Championnière.** — *Bull. Soc. anat.*, 1869, p. 183, 2<sup>e</sup> série, t. XIV.  
— *Bull. Soc. anat.*, 1869, p. 458-460, 2<sup>e</sup> série, t. XIV.
- Chandelux.** — *Lyon médical*, 1888, t. LIX, p. 92
- Chapman.** — An abscess in the muscular walls of an unimpregnated uterus. *Med. and surgical Reporter.* Philad., 1862-63, IX, 305-307.
- Chomet.** — Abscess dans les parois de l'utérus par suite d'une chute faite au 6<sup>e</sup> mois de la grossesse ; saillie de la tumeur après l'accouchement ; ponction de l'abcès ; guérison. *J. de conn. méd. prat.* Paris, 1833-34, t. I, p. 77.
- Churchill.** — *Traité pratique des maladies des femmes.* Traduction française. Baillière et fils, Paris, 1866, p. 322 et 733.
- Clivi.** — Storia di un vasto ascesso uterino. *L'Ippocratico*, 1872, série III, t. XXII, p. 65.
- Cornil.** — An. path. des métrites. *Journal des connaissances médicales.* Paris, 1888, p. 107-195, 196.

- *Lecons sur l'anat. path. des métrites*. Paris, 1889.
- Cullingworth**. — *American gynecological Transactions*, vol. XVIII, 1893, p. 434.
- Corte**. — V. SIEBOLD'S *Journal f. Geburtsh.*, t. VIII, H. 2, p. 487 (d'après AUGUSTEIN).
- Courty (A.)**. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. Asselin et Cie, édit. Paris, 1881, t. II, p. 801 et 906.
- Cousyn**. — *Contrib. à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes*. Thèse de Paris, 1903.
- Davis**. — *Amer. Journ. of obst.*, 1895, t. XXXI, p. 455-461.
- Depaul**. — *Bull. de l'Académie de médecine*, t. XIX, p. 638. Paris, 1854.
- Döderlein**. — *Die Entzündungen der Gebärmutter*. VEIT'S *Handbuch der Gynäk.*, t. II, p. 303, Wiesbaden, 1897.
- Dreese**. — Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametristischer Exsudate durch incision bezw. Laparotomie, *Archiv für Gynäk.* Bd 62, 1901.
- Edwards**. — A case of puerperal mania and metritis terminating in abscess. *The Lancet*, 29 août 1885, t. 2, p. 385.
- Finnell**. — *New-York pathological Society*, 11 octobre 1871. Anal. in *Med. Rec.*, New-York, 1871-72, t. VI, p. 403.
- Fischel (W.)**. — Uterusabscess bedingt durch partielle Nekrose eines intramuraten Fibromyoms, etc. *Prager med. Wochenschr.*, t. XI, p. 177, 12 mai 1886.
- Franqué (Otto)**. — Abscès de l'utérus. *Sammlung klin. Vorträge*, n° 316, octobre 1901.
- Fritsch**. — Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter. *Handbuch der Frauenkrankheiten* von BILLROTH und LUCKE, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 897, 1885.
- *Die Krankheiten der Frauen*. 9. Aufl., p. 180, 1900. Traduction française STA. Maloine, éd. 1902.
- Gendrin**. — *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, p. 206. Paris, Béchet Jeune et Gabon et Cie, éd. 1826.
- Giovanni Guzzo** (de Naples). — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, t. 22, 1847, p. 33.
- Grammatikat (I. N.)**. — Les abcès de l'utérus. K. vopr. o narivach Matki. *Vratch*, St-Pétersbourg, 1886, VII, p. 253-256.
- Guzzoni degli Ancarani**. — Tubercolosi primitiva dell'utero e suo rapporti collo tub. generale. *Rivista di ostetricia e ginecologia*. Torino. Anno I, 1890, n°s 21 et 22.
- Hart et Barbour**. — *Manuel de gynécologie*. Traduction française, 1886, p. 350.
- Herman (G. E.)**. — Abscess apparently of uterine wall; discharge through umbilicus; recovery. *Obst. J. Gr. Brit.* London, 1877, V, p. 452-454.

- Hervez de Chégoin.** — *Soc. impériale de chirurgie*, 2 décembre 1868, p. 451.
- Huss.** — *Medic. Beobachtungen a. d. kgl. Seraphinenhospital zu Stockholm*, v. J., 1836. Anal. in *Schmidt's Jahrbucher*, t. XXII, p. 91, 1839.
- Husson.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1834, IX, p. 48.
- Jacobi.** — Effet narcotique produit par l'administration d'une forte dose de seigle ergoté pendant l'accouchement. Inflammation consécutive de la matrice, terminée par un abcès qui s'ouvrit spontanément au bas-ventre. *Archives méd. de Strasbourg*, t. I, p. 353, 1835.
- Kaltenbach.** — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1885, p. 677.
- Kilpatrick (J. R.).** — Abcès de l'utérus s'ouvrant à travers l'ombilic. *The Dublin Journal of med. Science*, 1887, t. II, p. 152.
- Kiwisch.** — *Klinische Vorträge über spec. Path. u. Ther. der Krankheiten des weibl. Geschlechts*, t. II, p. 304, 2<sup>e</sup> édit., Prag. 1852 ou tome II, 1857, p. 311.
- Klob.** — *Path. Anat. d. weibl. Sexualorgane*, p. 241. Wien, 1864.
- Küstner.** — Lage u. Bewegungsanomalien des Uterus. *Verr's Handbuch der Gynäk.*, t. I, p. 190. Wiesbaden, 1897.
- Lados.** — Abcès développé dans le tissu utérin. *Annales d'oculistique et de gynécologie et Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 605.
- Lea.** — *The Journal of obstetrics and gynecology of the British Empire*, février 1904, p. 159.
- Letulle.** — Tuberculose pulmonaire. Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. *Bull. Soc. Anat.*, 1878, 4<sup>e</sup> série, t. III, p. 333.
- Lepage.** — *Comptes rendus de Soc. d'obst., de gynéc. et de pédiatrie*, 9 mars 1903.
- Lieutaud.** — *Hist. anat. med.*, obs. 1399 (Rousset), et *Mélanges des curieux de la nature*, obs. 1454 (Lieutaud?).
- Macdonald.** — Report of a case of metroperimetritis ending in abscess of the uterus. *Edinburgh medical Journal*, 1880, p. 874.
- Madlener.** — Ueber metritis gonorrhoeica. *Centralblatt für Gynäkologie*, 14 décembre 1895, n° 50, p. 1313.
- Martin (H.).** — *Berl. Beitr. für. Geb. und Gynäk.*, 1873, t. III, p. 33.  
— *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction française par H. VARNIER et Fr. WEISS. Paris, G. Steinheil, 1889.
- Martineau.** — *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1878.
- Mauriceau.** — *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes*, t. II, cas 254, p. 241, Paris, 1728.
- Mayrhofer.** — Die akuten Metritiden. *Handbuch der Chirurgie*, von PITHA und BILLROTH. Bd. IV, Abth. I A. 1878-82. Abschnitt IX, 2, p. 176.
- Meissner.** — *Die Frauenzimmerkrankheiten*, t. I, p. 928, Leipzig, 1842.

- Menge.** — *Bakteriologie d. weibl. Genitalkanals*, 1<sup>re</sup> partie, p. 226, Leipzig, 1897.
- Motte (de la).** — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*. Paris, 1765, t. II, p. 1243.
- Nivert.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1862, XXXVII, p. 168-171.
- Noble (G. H.).** — Report of four cases of abscess of the uterus. *Southern Surgical and Gynæcological Association*, St-Louis, novembre 1897. Anal. in *Medical Record*, New-York, 1897, p. 829.
- Orth.** — *Lehrbuch der spec. path. Anat.*, t. II, 1<sup>re</sup> partie, p. 454 et 441. Berlin, 1893.
- Penrose.** — Bilateral abscess of the uterine walls. *Transactions of the section on gynecology of the College of Physicians of Philadelphia*. Anal. in *The American journal of obstetrics*, t. XXXII, p. 292, 1895.
- Pichevin et Pettit.** — Abscès de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 12 déc. 1895, p. 502.
- Pinel.** — *Nosographie philosophique de la méthode*, etc., t. II, p. 286. Paris, 1803.
- Portal.** — *Cours d'Anat. médic.*, t. V, p. 518-520. Paris, 1803.
- Prochownick.** — *Monatsch. für Geb. und Gyn.*, 1899.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 150.
- Raimann, Reimann, Reinman.** — Siehe WEINRICH in VOITGEL's *Handbuch d. pathol. Anat.*, etc. Halle, 1805, p. 474.
- Richelot (L. G.).** — *Chirurgie de l'utérus*. Paris, Doin, édit., 1902.
- Ricketts.** — Abscess of the uterus in puerperal septicæmia. *The Cincinnati Lancet clinic*, t. XL, Neue Folge, 1898, p. 460.
- Sanchez-Toledo.** — Voir STRAUSS.
- Saxinger.** — Ueber Krankheiten des Uterus. *Prager Vierteljahresschrift*, t. XXIII, p. 131, 1865, p. 130.
- Seux.** — *Bull. de la Soc. impériale de méd. de Marseille*, 1862, p. 87.
- Scanzoni.** — *Traité pratique des mal. des organes sexuels de la femme*. Traduction franç., 1858, p. 148.  
— *Lehrbuch der Krankheiten der weibl. Sexualorgane*, 5<sup>e</sup> éd., p. 224, Wien, 1875.
- Schwartz.** — *Comptes rendus de la Soc. d'obst., de gynécol. et de pédiatrie*, 6 avril 1903.  
— *Traité de Chirurgie* LE DENTU-DELBET, t. X, p. 632.
- Schroöder-Hofmeier.** — *Handbuch des Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*. 9<sup>e</sup> édit., p. 140, 1889.
- Maladies des org. génit. de la femme.* Trad. franç. par E. LAUWERS, p. 90, Paris, G. Steinheil, 1890.
- Smirnof.** — Abscess i uteri. *Finska läk-sällsk handl.* Helsingfors, 1873, XV, 260-265.
- Strauss et Sanchez-Toledo.** — Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, t. 2, p. 426.

- Stirton (James).** — Posterior uterine abscess. *Glasgow medical Journal*, t. XVI, p. 356, 1881.
- Storer** — Abscess confined to the uterine parietes. *Boston med. and Surg. Journ.* 1864, LXX, 69-71.
- Van Swieten.** — *Commentaria in H. Boerhaviï Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis*, t. IV, p. 621, 2<sup>e</sup> éd., Lugd. Batav. 1770.
- Lawson Tait.** — *Diseases of Women and abdominal surgery*, t. I, p. 122; Leicester et Philadelphia, 1889.
- Turenne.** — *La Gynécologie*, 3<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 2, Paris, 15 avril 1898.
- Vaucourtland.** — Case of abscess of the muscular tissue of the body and fundus of the uterus ending favourably by external opening. *Canada Med. Journ.* Montréal. 1852-53, I, 6.
- Voigtel.** — *Handbuch d. path. Anat.*, t. III, p. 474, Halle, 1895.
- Weill.** — *Lyon médical*, 1888, t. LIX, p. 92.
- Weinrich.** — *Ausgüze medicinisch-chirurgischen Beobachtungen aus den neuen Schriften der Kaiser. Akademie der Naturforscher*, 2<sup>e</sup> partie, p. 234, Nürnberg, 1790.
- Winckel.** — *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 2<sup>e</sup> éd., p. 547, Leipzig, 1890.
- Ziegler.** — *Lehrbuch der path. Anat.*, 6<sup>e</sup> édit., 1890, t. II, p. 805.
-

# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                             | Pages |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION. . . . .                                                                       | 5     |
| <b>LIVRE I. — Embryologie.</b>                                                              |       |
| CHAPITRE PREMIER. — Développement des canaux de Wolff et de Müller. . . . .                 | 9     |
| CHAPITRE II. — Formation de l'utérus. — Destinée des canaux de Müller et de Wolff . . . . . | 11    |
| <b>LIVRE II. — Kystes de l'utérus.</b>                                                      |       |
| CHAPITRE PREMIER. — Historique et classification. . . . .                                   | 24    |
| CHAPITRE II. — Kystes muqueux . . . . .                                                     | 36    |
| CHAPITRE III. — Kystes hydatiques . . . . .                                                 | 39    |
| CHAPITRE IV. — Kystes embryonnaires . . . . .                                               | 60    |
| CHAPITRE V. — Kystes dits séreux . . . . .                                                  | 89    |
| CHAPITRE VI. — Kystes sanguins . . . . .                                                    | 99    |
| <b>LIVRE III. — Absès de l'utérus.</b>                                                      |       |
| CHAPITRE PREMIER. — Définition et historique . . . . .                                      | 111   |
| CHAPITRE II. — Etiologie. . . . .                                                           | 113   |
| CHAPITRE III. — Pathogénie. . . . .                                                         | 117   |
| CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique . . . . .                                              | 123   |
| CHAPITRE V. — Symptômes. . . . .                                                            | 128   |
| CHAPITRE VI. — Marche. — Durée. — Terminaison. . . . .                                      | 130   |
| CHAPITRE VII. — Diagnostic . . . . .                                                        | 131   |
| CHAPITRE VIII. — Traitement. . . . .                                                        | 133   |
| CONCLUSION. . . . .                                                                         | 185   |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. . . . .                                                              | 187   |